

De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

Bachelor Scriptie

Marleen de Jong

Studentnummer: 290817

Goudserijweg 139

2771 AS Boskoop

Datum: 25 juni 2007

Begeleider: E.H. Hulst

Meelezer: G.R.M. Scholten

De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

Marleen de Jong, juni 2007

Voorwoord

Voordat ik mijn studie Beleid en Management Gezondheidszorg begon, had ik de grote wens arts te worden. Helaas werd ik het eerste jaar uitgeloot en ben ik gestart met de studie Gezondheidswetenschappen, BMG. Ik vond mijn eerste jaar BMG zo leuk dat ik de droom om ooit arts te worden, heb laten varen. Als onderwerp voor mijn bachelorscriptie ging mijn interesse echter weer uit naar de medische professie. Vanuit deze interesse, gecombineerd met de verhalen die ik van thuis mee krijg over het verpleegkundig beroep (ik woon met drie verpleegkundigen in huis), is het onderwerp 'de samenwerking tussen arts en verpleegkundige' tot stand gekomen.

Mijn scriptie gaat in op de samenwerking en verhouding tussen deze twee beroepen en de problemen die daaruit voort kunnen komen. De rol die de wetgeving hierbij speelt krijgt sterk de nadruk. Ik heb met veel plezier aan dit onderzoek gewerkt en ik hoop dat het ook met veel plezier gelezen wordt. Voor mij is het in ieder geval een leerzame ervaring geworden.

Samenvatting

Zowel het beroep van de arts als het beroep van de verpleegkundige heeft de laatste jaren een ontwikkeling door gemaakt. Daardoor zijn de verhoudingen tussen deze beroepen veranderd. Dit onderzoek gaat in op de vraag of de wet een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen bij het verlenen van zorg aan patiënten in de weg staat.

Het onderzoek is in twee delen uitgevoerd. Allereerst is een literatuurstudie gedaan, waarbij verschillende bronnen zijn geraadpleegd. Daarnaast zijn vier hulpverleners (twee kinderartsen en twee kinderverpleegkundigen) geïnterviewd om de bevindingen uit de literatuur te testen in de praktijk. Deze hulpverleners zijn allemaal werkzaam op een intensive care afdeling voor kinderen in een academisch ziekenhuis. De resultaten van het onderzoek hebben alleen betrekking op de kindergeneeskunde.

De verhouding arts – verpleegkundige heeft de laatste jaren een ontwikkeling doorgemaakt. Verpleegkundigen worden niet meer gezien als het hulpje van de arts, maar als zelfstandig handelende hulpverleners. Het aanzien dat artsen hadden is hierdoor enigszins afgenomen. Door de toenemende druk op de kwaliteit van de zorg vanuit verschillende kanten wordt van artsen en verpleegkundigen steeds meer verlangd. Een goede samenwerking is van belang, hierbij is top-down aansturing van de arts verdwenen.

Artsen en verpleegkundigen hebben beiden eigen taken in de behandeling van een patiënt. Artsen doen de medische behandeling en verpleegkundigen de verzorgende en verpleegkundige handelingen daaromheen. Verpleegkundigen nemen wel steeds meer taken over van artsen. Beide hulpverleners zijn verantwoordelijk voor het eigen handelen.

Daarnaast dragen artsen en verpleegkundigen zorg voor de veiligheid van de patiënt. Het risico op schade voor de patiënt tijdens zijn behandeling moet zo klein mogelijk blijven. In wetten als de Wet BIG, de WGBO en de KZi worden brede normen gesteld waaraan de zorg moet voldoen, het is daarna de taak van het veld om deze lijnen nadere invulling te geven en daarmee de kwaliteit van de zorg te verhogen. De gestelde brede normen worden in de praktijk echter niet altijd vastgelegd in harde afspraken over taken als het informeren van de patiënt en het bijhouden van het dossier. Daardoor worden heel wat (vermijdbare) fouten gemaakt. Miscommunicatie speelt hierbij een grote rol.

De samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen heeft een grote invloed op de kwaliteit van de zorg. Het verloop van een behandeling staat of valt met de kwaliteit van de samenwerking tussen deze twee hulpverleners. Het is aan hen om de veiligheid van de patiënt te waarborgen en het aantal fouten te minimaliseren. Hiervoor zijn goede en duidelijke afspraken over de taakverdeling in de samenwerking noodzakelijk. De verantwoordelijkheid die de wet aan de hulpverleners geeft, wordt echter door hen niet genomen.

Summary

The medical profession as well as the nursing profession developed the past years. By that, the relation between these professions has changed. This study focuses on the cooperation between nurses and physicians in case of affording care to patients and the way this cooperation influences this affording of care.

The study consists of two parts. In the first part, the literature study, different sources have been consulted. After that, four respondents (two physicians and two nurses) are interviewed to validate the data from the first study in practice. These respondents are all working at an intensive care unit for children in an academic hospital. The results of the study only affect the healing art of children.

The relation physician – nurse has changed the last years. Nurses are no longer seen as the “slave of a doctor”, but have become self-employed, acting employees. The regard of the physicians has decreased. Through the increasing pressure on the quality of healthcare from different sides, physicians and nurses must do better and better. A good cooperation is important by that, top-down management of the physician is gone.

Physicians and nurses both have their own tasks in the treatment of a patient. Physicians do the medical treatment and nurses the caring and nursing acts around the medical treatment. Nurses take over more and more operations from the physicians. Both employees are responsible for their own actions.

Besides that, physicians and nurses take care of the safety of a patient's treatment. The risk for injuries for the patients must be the less as possible. Laws as the Wet BIG, the WGBO and the KZi outline the wide standards which the given care must meet. The nurses and the physicians will have to fill in these norms together. Unfortunately, in practice the wide norms do not result in clear arrangements over tasks as informing the patient and writing the patient files. This results in lots of (avoidable) errors. Wrong communication is an important cause of these errors.

The cooperation between physicians and nurses has a huge impact on the quality of healthcare. The progress of the treatment of a patient is depending on the quality of the cooperation between these two professions. It is their job to take care of the safety of the patients during the stay at the hospital and the treatment as well as to minimize the amount of errors. For this good and clear arrangements, concerning the task division, in the cooperation are necessary. The responsibility that the law gives to the physicians and nurses within filling in the norms, are not taken by them.

| Inhoudsopgave | Blz. |
|---|-------------|
| Inleiding | 8 |
| Hoofdstuk 1 Theoretisch Kader | 11 |
| 1.1 Samenwerking | 11 |
| 1.2 Kwaliteit | 12 |
| 1.3 Veiligheid | 14 |
| 1.4 Communicatie..... | 16 |
| Hoofdstuk 2 Methoden | 19 |
| 2.1 Kwalitatief onderzoek | 19 |
| 2.2 Onderzoeksstrategie | 19 |
| 2.3 Methode van analyse | 20 |
| 2.4 Ethische en praktische dilemma's | 20 |
| 2.5 Betrouwbaarheid | 20 |
| 2.5.1 Interne betrouwbaarheid | 20 |
| 2.5.2 Externe betrouwbaarheid | 21 |
| 2.6 Validiteit | 21 |
| 2.6.1 Interne validiteit | 21 |
| 2.6.2 Externe validiteit | 21 |
| Hoofdstuk 3 Secundaire literatuurstudie | 23 |
| 3.1 De meest voorkomende fouten in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen | 23 |
| 3.2 Juridisch kader | 26 |
| 3.2.1 Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) | 26 |
| 3.2.2 Wet op de Geneeskundige Behandelings- overeenkomst (WGBO) | 28 |
| 3.2.3 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) | 32 |
| 3.3 De verhouding tussen het beroep van de arts en het beroep van de verpleegkundige | 34 |

| | | |
|------------------|--|----|
| 3.3.1 | Het domein van de arts | 34 |
| 3.3.2 | De ontwikkeling van het beroep van de verpleegkundige | 36 |
| 3.3.3 | De taakverdeling en de relatie tussen artsen en verpleegkundigen | 39 |
| Hoofdstuk 4 | Onderzoek in de praktijk | 41 |
| 4.1 | De meest voorkomende fouten in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen | 41 |
| 4.2 | Juridisch kader | 42 |
| 4.2.1 | Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) | 42 |
| 4.2.2 | Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) | 44 |
| 4.2.3 | Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi) | 47 |
| 4.3 | De verhouding tussen het beroep van de artsen het beroep van de verpleegkundige | 50 |
| 4.3.1 | De arts als professie | 50 |
| 4.3.2 | De ontwikkeling van het beroep van een verpleegkundige | 52 |
| 4.3.3 | De taakverdeling en de relatie tussen artsen en verpleegkundigen | 52 |
| Hoofdstuk 5 | Conclusie en discussie | 55 |
| Literatuurlijst | | 58 |
| Bijlagen: | | 65 |
| <i>Bijlage 1</i> | <i>Interviewvragen aan artsen en verpleegkundigen</i> | 66 |
| <i>Bijlage 2</i> | <i>Relevante wetsartikelen</i> | 68 |

Inleiding

Op de kinderafdeling in een algemeen ziekenhuis ligt een baby. Deze baby is ernstig ziek. De arts doet wat hij kan om het kindje te helpen. Er lijkt meer expertise nodig te zijn om het kindje te genezen. Er wordt besloten de baby over te plaatsen naar een gespecialiseerd kinderziekenhuis. De ambulance dienst komt het kindje ophalen. Op dat moment gaat de baby echter hard achteruit. Hij kan niet vervoerd worden, er zit namelijk een prop in zijn keel en er kan niet gereanimeerd worden, mocht dat nodig zijn. Een ambulance verpleger wacht op de gang. Een verpleegkundige vertelt hem dat het kindje al veel eerder overgeplaatst had moeten worden, omdat het al heel lang duidelijk was dat hij hier niet verder geholpen kon worden. De ambulanceverpleegkundige vraagt verbaasd: "U bent de vierde verpleegkundige die dit mij onafhankelijk van elkaar verteld. Waarom luisteren de artsen hier dan niet naar?" (Kinderverpleegkundige 2006)

Vele honderden jaren geleden zijn religieuzen begonnen met iets wat door de jaren heen uitgegroeid is, tot wat we nu de gezondheidszorg noemen. In de jaren 1000 tot 1200 werden arme mensen in gasthuizen verzorgd door religieuzen. Na 1200 zijn de religieuzen uit de gasthuizen verdwenen en werd de verzorging overgenomen door vaders en moeders. Pas na 1850 begonnen artsen met het ook echt behandelen van de mensen. Dit noemde men de medicalisering. Na deze medicalisering kwam de economisering. De gasthuizen kregen een meerhoofdig bestuur waarin een econoom als machthebber werd opgenomen. Na 1980 is de schaal van de gezondheidszorg alleen maar blijven groeien (Stoopendaal 2006). Door de eeuwen heen zijn bovendien steeds meer voorschriften, regels en wetten opgesteld die betrekking hebben op gezondheidszorg in Nederland (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2007).

In de zorginstellingen van nu werken verschillende hulpverleners, de meest bekende zijn de artsen en de verpleegkundigen. Deze twee groepen hulpverleners werken in zorginstellingen nauw met elkaar samen. Toch is er een groot verschil tussen wat artsen en wat verpleegkundigen doen. Een goede samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen is van groot belang voor het verlenen van kwalitatief goede zorg. Verschillende wetten stellen eisen aan de kwaliteit van het zorgverleningproces en het resultaat daarvan en daarmee worden eisen gesteld aan de kwaliteit van de samenwerking. Uit de bovengenoemde casus blijkt echter dat de samenwerking tussen deze twee zorgverleners niet altijd goed verloopt.

Al sinds de 19^e eeuw (het ontstaan van de beroepsgroepen) bestaan er grensconflicten, waarbij artsen en verpleegkundigen de zeggenschap over de zorg betwisten. De opkomst van de verpleegkundigen worden door de artsen gezien als een

bedreiging, ze worden hierin gesteund door wetgeving. De Wet Uitoefening Geneeskunst uit 1854 verbiedt bijvoorbeeld iedereen die geen arts is, geneeskunde te beoefenen; toch treden verschuivingen op. Wanneer nieuwe handelingen routine worden (bijvoorbeeld het geven van injecties of het meten van de bloeddruk), verschuiven deze handelingen van artsen naar de verpleging. Verpleegkundigen streven steeds meer naar een eigen onafhankelijk domein waarop ze hun eigen specifieke deskundigheid kunnen laten gelden. Ze willen meer zijn dan het verlengde van de arts (Roodbol 2005). Deze domeinstrijd kan invloed hebben op de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

De wet stelt verschillende eisen aan het verlenen van zorg en aan de hulpverleners. De kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen speelt een belangrijke rol bij het verlenen van zorg. Indirect stelt de wet dus eisen aan de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Dit onderzoek richt zich op de vraag of de wetgeving voldoende is om een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen bij het verlenen van zorg aan patiënten tot stand te brengen. Bovendien komen de laatste maatschappelijke ontwikkelingen met betrekking tot de domeinverschuiving van artsen en verpleegkundigen naar voren.

Relevantie

De laatste decennia is er veel veranderd in de gezondheidszorg. Het zorgverzekeringsstelsel is veranderd, er is een keuzemogelijkheid ontstaan voor de patiënt om te kiezen voor hulpverlener en zorginstelling, het DBC financieringssysteem is ontwikkeld en het management van zorginstellingen richt zich steeds meer op de efficiëntie van zorg. Daar komt nog eens bij dat er prestatie-indicatoren zijn ontwikkeld die de prestaties van zorginstellingen en individuele artsen kunnen meten en vergelijken. De media besteden steeds meer aandacht aan de zorgsector (De Volkskrant 2007).

Met al deze ontwikkelingen is de druk op het werk van hulpverleners in zorginstellingen steeds groter geworden. Ze moeten sneller werken, maar de zorg moet ook van goede kwaliteit zijn. Om deze twee aspecten samen te brengen is een goede samenwerking nodig tussen artsen en verpleegkundigen bij de behandeling van patiënten. Op deze manier kan voorkomen worden dat onnodig fouten worden gemaakt, die de patiënt overbodig zouden kunnen belasten. De Nederlandse wetgeving speelt hierbij een belangrijke rol. Maar is de wetgeving wel toegesneden op een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, zeker nu verpleegkundigen zich steeds meer specialiseren en een eigen beroepsdomein hebben verworven? Een onderzoek hiernaar lijkt van belang.

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is onderzoeken of de wet een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen bij de hulpverlening aan patiënten in de weg staat. Ook worden de posities van beide hulpverleners in het primair proces beschreven. De bedoeling is om hiermee inzicht te krijgen problemen die zich voordoen bij de samenwerking.

Allereerst wordt het onderzoeksterrein afgebakend in het theoretisch kader. Hierin worden begrippen uit het onderzoek die nadere toelichting nodig hebben, gedefinieerd. Daarna wordt de gebruikte methodologie van dit onderzoek beschreven. Vervolgens volgt een hoofdstuk over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, gebaseerd op bestaande literatuur; de secundaire literatuurstudie. In het vierde hoofdstuk worden data met betrekking tot de samenwerking behandeld die verkregen zijn uit interviews die met artsen en verpleegkundigen zijn gehouden. In de conclusie en discussie worden beide informatiebronnen (theorie en praktijk) tegenover elkaar gezet en worden hier conclusies aan verbonden.

Hoofdstuk 1 Theoretisch Kader

Dit onderzoek richt zich op de medische praktijk van artsen en verpleegkundigen en de benodigde samenwerking tussen deze twee hulpverleners. De doelstelling van dit onderzoek is onderzoeken of de wetgeving voldoende is om een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen bij het verlenen van zorg aan patiënten tot stand te brengen. Hierbij is de volgende onderzoeksvraag opgesteld:

Staat de wet een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen bij hulpverlening aan patiënten in de weg ?

Aan de hand van de onderzoeksvraag en de gevonden literatuur met betrekking op dit onderwerp, zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- 1) Wat zijn de meest voorkomende fouten in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen?
- 2) Wat schrijft de wet over samenwerking tussen arts en verpleegkundige?
- 3) Welke ontwikkelingen hebben het beroep van de arts en de verpleegkundige ondergaan en hoe beïnvloedt dit de samenwerking?

Verwacht wordt dat bepaalde thema's en begrippen bij deze probleemstelling een rol spelen. In dit hoofdstuk worden deze begrippen behandeld en wordt een kader gegeven waarbinnen dit onderzoek is gehouden. Allereerst wordt het begrip samenwerking gedefinieerd. Dit is het centrale begrip in dit onderzoek en daarom is het van belang dat duidelijk is wat ermee bedoeld wordt. Daarna volgen de begrippen kwaliteit, patiëntveiligheid en communicatie.

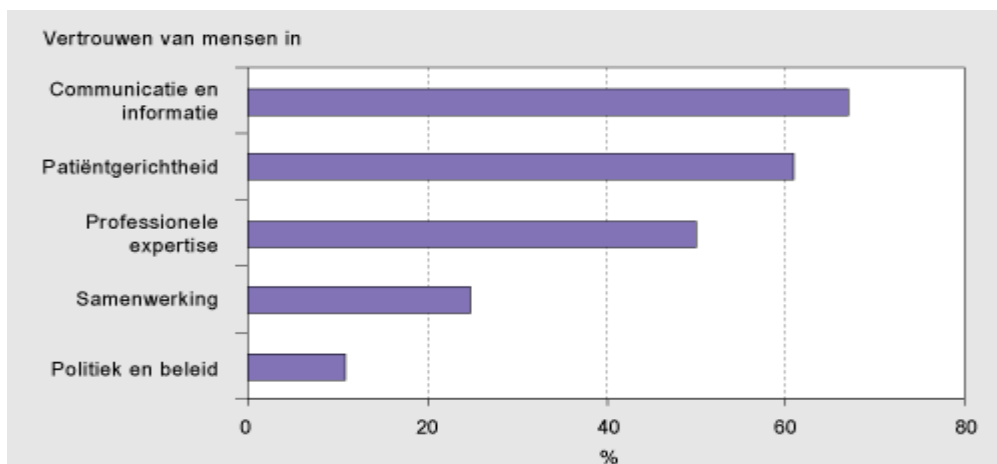
1.1 Samenwerking

Het onderzoek is gericht op de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Het begrip samenwerking kent vele verschillende definities. De definitie die samenwerking in dit onderzoek heeft, luidt als volgt: 'mensen (in dit geval hulpverleners) die elkaar helpen om doelgericht activiteiten uit te voeren, welke leiden tot een tevoren afgesproken resultaat (genezing van de patiënt voor zover dat mogelijk is)'. De aanvullende eigenschappen van de verschillende hulpverleners worden hierbij gecombineerd om het gewenste resultaat te behalen. Hierbij is van belang dat het gaat om een gelijkwaardige betrokkenheid van de hulpverleners en het nastreven van gemeenschappelijke doelstellingen (Samenwerken

tussen organisaties 2007). Samenwerking komt gemakkelijker van de grond indien de betrokkenen voor elkaar geen bedreiging vormen ten aanzien van hun domein (Van der Krogt en Vroom 1995). Bij artsen en verpleegkundigen speelt dit domein een grote rol. Zeker nu verpleegkundigen de laatste jaren streven naar professionalisering en een domeinstrijd zijn begonnen met artsen (Kleingeld 1996).

In het begrip samenwerking komen verschillende aspecten samen. Communicatie en onderlinge afstemming tussen artsen en verpleegkundigen in de vorm van bijvoorbeeld afspraken, zijn voorbeelden van aspecten die een rol spelen bij samenwerking. Bovendien hebben belangen van de artsen en verpleegkundigen in de samenwerkingsrelatie en wederzijdse percepties een grote invloed op de kwaliteit van de samenwerking (Van der Krogt en Vroom 1995).

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) doet regelmatig onderzoek naar aspecten in de gezondheidszorg. Zo is in 2004 een onderzoek gedaan naar het vertrouwen dat patiënten hebben in verschillende aspecten in de gezondheidszorg. De resultaten staan hieronder in een grafiek vermeld. Uit deze grafiek valt te concluderen dat het vertrouwen dat patiënten in de samenwerking hebben niet erg groot is, terwijl er wel veel vertrouwen is in de communicatie en informatie naar de patiënt toe (RIVM 2004).



Figuur 1.1: Vertrouwen in kenmerken van de gezondheidszorg in 2004

(Bron: [Van der Schee & Delnoij, 2005](#)).

Uit dit onderzoek blijkt of het lage vertrouwen dat patiënten hebben in de samenwerking tussen hulpverleners terecht is.

1.2 Kwaliteit

Kwaliteit is van groot belang bij het behandelen van patiënten. De kwaliteit van verleende zorg is gedeeltelijk afhankelijk van het verloop van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Wanneer een samenwerking goed verloopt, wordt het kwaliteitsniveau van de verleende zorg hoger. Maar wat is nu kwaliteit? Hoe kun je dit

meten? Kwaliteit is een begrip dat zich moeilijk laat definiëren, het gaat namelijk om een grotendeels subjectief begrip.

Kwaliteit van zorg wordt gedefinieerd als ‘de mate waarin gezondheidszorg, zowel voor het individu als voor de bevolking, de kans vergroot op gewenste uitkomsten en waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten’ (Harteloh & Casparie 1998). Het gaat dus om een zekere voorspelbaarheid van de resultaten en een zekere beheersbaarheid van het zorgproces door deskundigheid en zorgvuldigheid.

Om kwaliteit enigszins objectief meetbaar te maken, worden vaak normen en standaarden gesteld aan de zorg. Deze normen en standaarden geven aan hoe goed deze zorg minimaal moet zijn. Deze normen en standaarden zeggen niets over welke activiteiten uitgevoerd moeten worden om de zorg op dat kwaliteitsniveau te krijgen, maar geven aan welke vereisten en randvoorwaarden in de gaten moeten worden gehouden. Deze normen worden niet door patiënten gesteld, maar door externe personen die gespecialiseerd zijn op dat bepaalde gebied.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de taak om toezicht te houden op de kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Op de site van het ministerie van VWS is veel informatie met betrekking tot de zorgsector beschikbaar. Het is duidelijk geworden dat per jaar veel patiënten de dupe worden van fouten die hulpverleners in de zorg maken. Op 26 april 2007 publiceerde de Volkskrant het volgende bericht (zie ook het rapport ‘*Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen*’ van de Inspectie):

‘Jaarlijks worden 1,3 miljoen mensen opgenomen in een ziekenhuis. Circa 42.000 overlijden tijdens de opname. Ruim 4 procent daarvan (1.735 doden) is het gevolg van medische nalatigheid, blijkt uit het onderzoek *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen*. Daarmee leidt één op de duizend opnames tot een vermijdbaar sterfgeval. Tot nog toe werd – op basis van buitenlands onderzoek – rekening gehouden met 1.500 tot 6.000 vermijdbare sterfgevallen per jaar. Verder lopen zo'n 76.000 patiënten letsel op tijdens hun behandeling. Bij 30.000 patiënten was dit letsel te voorkomen geweest, bij tienduizend is de ‘schade’ blijvend. De extra kosten die gemoeid zijn met de behandeling van het letsel bedragen 167 miljoen euro. Medische fouten komen vooral voor bij complexe medische ingrepen en oudere patiënten.’ (De volkskrant 2007)

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek door de Inspectie een hoge lat gelegd om de vermijdbare schade te verlagen (Ministerie van VWS 2007). Het aantal medische fouten moet binnen vijf jaar met de helft omlaag. Door het aantal medische fouten te verminderen, wordt geprobeerd de kwaliteit van de zorg te optimaliseren. Wanneer het behandelen van patiënten vermijdbare schades met zich mee brengt, betekent dit dat de kwaliteit van de zorg niet optimaal is. De kwaliteit van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is een factor die de kwaliteit van het hele zorgproces beïnvloedt.

1.3 Patiëntveiligheid

In samenhang met het begrip kwaliteit komt het begrip patiëntveiligheid aan bod. Bij het verlenen van zorg speelt patiëntveiligheid een grote rol. De laatste jaren is in de Nederlandse gezondheidszorg meer aandacht gekomen voor patiëntveiligheid door het verschijnen van het Amerikaanse rapport over medische fouten '*To err is human*' (1999). Met de stijgende complexiteit en bereik van moderne medicijnen zijn hogere niveaus van risico en schade aan patiënten ontstaan (Berwick 1999). Jaarlijks bleken in Amerika tienduizenden mensen te overlijden als gevolg van medische fouten. Hierna is in Nederland patiëntveiligheid een hoofdthema geworden van Inspectie van de Gezondheidszorg. Dit jaar is een rapport uitgebracht waarin de Nederlandse situatie omtrent fouten in de zorg wordt weergegeven (Rapport '*Onbedoelde Schade in Nederlandse ziekenhuizen*', april 2007). Ook worden programma's gestart om de patiëntveiligheid te waarborgen, bijvoorbeeld Sneller Beter. Omdat de patiëntveiligheid de laatste tijd zo belangrijk is geworden en omdat dit aspect een rol speelt bij de samenwerking, wordt ook dit begrip hier besproken.

Met patiëntveiligheid wordt bedoeld: het voorkomen van onbedoelde schade aan de patiënt. Hierbij moet worden opgemerkt dat niet alle schade het gevolg hoeft te zijn van een fout, een voorbeeld hiervan zijn bijwerkingen die sommige medicijnen hebben. Andersom hoeft niet elke fout tot schade te leiden (Platform patiëntveiligheid 2005). De patiëntveiligheid, zoals bedoeld in het onderzoek, is dus de mate van afwezigheid van deze kans op schade en de maatregelen die genomen zijn om deze schade afwezig te houden.

In een zorginstelling lopen patiënten risico om op enige manier schade op te lopen. Dit kan op verschillende manieren gebeuren. Berwick (1999) geeft een aantal thema's waaraan aandacht moet worden besteed om het aantal fouten in de zorg terug te dringen en de zorg veiliger te maken. Eén van deze thema's is teamtraining en het verbeteren van interactie in de medische zorg. In dit onderzoek gaat het om schade die de patiënt kan oplopen als gevolg van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Net als aan de kwaliteit van zorg wordt door de Inspectie van de Gezondheidszorg bovendien aandacht besteed aan de patiëntveiligheid. De laatste tijd verschenen nogal wat artikelen in de media over de onveiligheid van patiënten. Op 12 november 2004 publiceerde het tijdschrift Medisch Contact een artikel over patiëntveiligheid met de titel *'patiëntveiligheid ver onder de maat'*. Daarin kwam naar voren dat ziekenhuizen geen veiligheidsbeleid hebben, een gebrekkige incidentenregistratie, een gesloten bedrijfscultuur en dat ziekenhuisdirecties niet sturen op veiligheid (Medisch Contact 2004). Recenter verschenen diverse artikelen in landelijke kranten. Zo blijft operatiemateriaal na de operatie achter in het lichaam van de patiënt en overleed een patiënt als gevolg van een brand op de operatiekamer (Ministerie van VWS 2007).

In februari 2007 verscheen een inspectierapport over tekortkomingen in het preoperatieve proces. Hierin kwam naar voren dat de voorbereidingen voor een operatie onder ander op communicatief gebied sterk te wensen over laten. Zo is informatievoorziening, manier van verslaglegging en de overdracht niet gestandaardiseerd. Daarnaast is het patiëntendossier onoverzichtelijk en de verslaglegging zeer divers. Vervolgens heeft de hoofdbehandelaar onvoldoende overzicht en regie en tot slot is de samenwerking tussen de zorgverleners onvoldoende effectief bij de voorbereidingen van een operatie en teamvorming is er meestal niet (Inspectie voor de gezondheidszorg 2007).

Kamerlid Schippers stelde de Minister van VWS (2007) een aantal vragen over patiëntveiligheid in ziekenhuizen. *"Patiëntveiligheid is, mede gelet op de verschillende rapporten en incidenten, mijn belangrijkste focus. Patiëntveiligheid is een basaal onderdeel van kwaliteit. Ik wil de komende jaren hard inzetten om de veiligheid van patiënten in zorginstellingen te verbeteren en de rol van verschillende partijen daar bij te vergroten."* De minister van VWS is een voorstander van de invoering van een veiligheidsmanagement systeem (VMS) om systematisch de veiligheid van de zorg te managen. Ook zal gericht gewerkt worden aan concrete verbeteringen in bekende risicovolle situaties.

Om patiëntveiligheid te waarborgen en fouten te voorkomen is het van belang dat gemaakte fouten en bijna-ongelukken gemeld worden bij de Inspectie van de Gezondheidszorg (art. 4 KZi). Met deze informatie kan gekeken worden hoe een fout in het vervolg vermeden kan worden (Lamb 2004). Maar fouten in de zorg zijn een gevoelig onderwerp. *'Er is de angst dat het grote publiek het vertrouwen in de dokter kwijtraakt. Het is ook een kwestie van cultuur. De term doofpotcultuur gaat mij te ver, maar in maatschappen houden artsen elkaar wel de hand boven het hoofd onder het motto: morgen ik, vandaag jij'* (NPCF-voorzitter Van Bennekom, De Volkskrant 2007).

Vanaf 1 januari 2008 kunnen zorgverleners in ziekenhuizen incidenten zonder directe juridische consequenties gaan melden. Er wordt verwacht dat artsen en

verpleegkundigen sneller aangeven dat iets mis is gegaan, wanneer hieraan geen sancties verbonden zijn. De bereidheid van hulpverleners om fouten te melden moet worden vergroot door het scheppen van een veilige meldomgeving en een cultuur waarin melden van incidenten en bijna-ongelukken wordt gezien als deel van de beroepsverantwoordelijkheid (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2004). Door het sneller melden van medische missers kan hier door ziekenhuizen op ingespeeld worden door de zorg beter en sneller te herstellen.

In dit onderzoek wordt onderzocht wat er gedaan wordt om de patiëntveiligheid te waarborgen en hoe het staat met de meldingsbereidheid met betrekking tot fouten in de zorgverlening.

1.4 Communicatie

Tot slot speelt bij samenwerking onderlinge communicatie een grote rol. Verwacht wordt dat de communicatie één van de knelpunten is in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen en daarom krijgt ook dit begrip aandacht.

Communicatie gaat over het uitwisselen van informatie. Hierbij zijn altijd twee of meer personen nodig, een zender en één of meerdere ontvangers. Communicatie kent verschillende vormen, namelijk informeren, dialogiseren, overreden en afstemming. Hierbij kan onderscheid gemaakt worden tussen eenzijdige communicatie en tweezijdige communicatie. Bij informeren en overreden wordt vanaf één kant bijgedragen aan de communicatie. Dialogiseren en afstemming zijn vormen van tweezijdige communicatie, er wordt van twee kanten bijgedragen aan communicatie (Van Es 2004). Al deze vormen van communicatie worden gebruikt bij de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

Informeren, bijvoorbeeld, heeft als doel de ontvanger op de hoogte stellen van de stand van zaken. Bij de behandeling van patiënten is dit een belangrijke vorm van communicatie. De arts en de verpleegkundigen moeten op de hoogte zijn van elkaars informatie en doormiddel van informeren wordt dat bewerkstelligd. Daarnaast is afstemming bij de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen een belangrijke vorm van communicatie. Het werk van beide hulpverleners moet op elkaar afgestemd worden, zodat de zorgverlening goed verloopt en de patiënt kwalitatief goede zorg ontvangt. Er mogen geen dingen dubbel of helemaal niet gedaan worden. Dialogiseren en overreden zijn ook communicatievormen die een rol spelen bij de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, weliswaar een wat kleinere rol. Dialogiseren gebeurt de gehele dag door, maar gaat vaak over minder relevante dingen en overreden gebeurt pas wanneer artsen en verpleegkundigen het niet eens zijn over zaken.

De personen waar tussen de communicatie plaats vindt, hebben allen hun eigen unieke karakteristieken. Personen hebben verschillende achtergronden en bekijken dingen

vanuit verschillende perspectieven. Vooral bij hulpverleners is dit een belangrijk gegeven. Doordat artsen en verpleegkundigen een verschillende opleiding hebben gehad en doordat de intensiviteit van het contact met de patiënt tussen de twee hulpverleners verschillend is, kunnen de perspectieven van waaruit zij de patiënt bekijken, erg uiteenlopen (Carpentier 1987).

Communicatie is een belangrijk aspect van samenwerking. Goede samenwerking bij de zorgverlening is afhankelijk van een goede onderlinge communicatie tussen artsen en verpleegkundigen. In dit onderzoek komt communicatie dus regelmatig terug, net als het begrip miscommunicatie. Met dit begrip wordt bedoeld dat informatie om één of andere reden niet goed wordt uitgewisseld. Het kan hierbij om uiteenlopende storingsfactoren gaan.

Na de uitleg van deze begrippen volgen enkele opmerkingen over de rapportage. De rapportage van dit onderzoek wordt in twee delen gegeven. In het eerste deel worden theorieën uit de literatuur beschreven over de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. In het tweede deel wordt beschreven hoe de samenwerking in de praktijk geregeld is. Voor deze splitsing is gekozen omdat in het eerste deel naar voren komt welke eisen, normen en standaarden gesteld zijn aan de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen en wat de knelpunten daarin zijn. Dit gedeelte gaat over artsen en verpleegkundigen als collectieve groepen, het gaat over algemene normen, gedragscodes, standaarden. In het tweede deel wordt duidelijk hoe de samenwerking in de praktijk verloopt en op welke manier invulling wordt gegeven aan de theorieën over samenwerking. Dit wordt duidelijk op basis van ervaringen van artsen en verpleegkundigen als individuen. Naast het verschil in theorie en praktijk gaat het dus ook om het verschil tussen de hulpverleners als collectiviteit en als individueel persoon.

Een opmerking die hierbij geplaatst moet worden, is dat het praktische deel van dit onderzoek alleen gericht is op de kindergeneeskunde en dan specifiek de intensive care-afdeling. Alle uitspraken die worden gedaan hebben dus alleen betrekking op dit specialisme. Voor dit specialisme is omdat kindergeneeskunde een sterkere mate van samenwerking kent dan andere specialismen, omdat het gaat om een unieke en complexe patiëntengroep. Een kinderafdeling maakt gebruik van high-tech apparatuur en verschillende beademingsmachines en is daarom een potentieel gevaar voor het maken van fouten (Van 't Wout 2004). Daarnaast loopt dit specialisme voor op andere specialismen als het gaat om het verbeteren van de patiëntveiligheid en de kwaliteit. Zo is de kindergeneeskunde al lange tijd bezig met projecten als *Safety First* en nu ook *Sneller Beter*. Traditioneel is ook veel discussie over de kwaliteit van zorg, een voorbeeld hiervan is discussie rond levensbeëindigend handelen door artsen bij ernstig zieke pasgeborenen die

uitzichtloos lijden (NVK 2005). Het gaat om een zwaar ethisch beladen onderwerp dat veel discussie doet opwaaien en waarbij kwaliteit van zorg een grote rol speelt.

Tot slot is ervoor gekozen om het onderzoek alleen te richten op artsen en verpleegkundigen omdat dit de meest voorkomende hulpverleners in een ziekenhuis zijn en deze hulpverleners zijn ook het meest betrokken bij de behandeling van patiënten. Wanneer dus het begrip 'hulpverleners' wordt gebruikt, gaat het alleen om deze twee beroepen.

Hoofdstuk 2 Methodologie

De manier waarop het onderzoek naar de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen is uitgevoerd, wordt in dit hoofdstuk beschreven. Ook wordt aangegeven wat gedaan is om het onderzoek betrouwbaar te maken en de validiteit ervan te waarborgen.

1.1 Kwalitatief onderzoek

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek. De data is op twee manieren verzameld, namelijk het zoeken van bestaande literatuur over het onderwerp (een secundaire literatuurstudie) en het doen van interviews met individuen uit de praktijk. De vorm van kwalitatief onderzoek die gedaan is, is een gegronde theorie (Creswell 2003). Het doel van deze gegronde theorie studie is om te onderzoeken of de wet de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in de weg staat en welke problemen dit dan oplevert. Op basis van theorieën in de geschreven literatuur over samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, zijn de interviews samengesteld. De bedoeling was om te kijken of de genoemde problemen in de literatuur in de praktijk ook voorkomen en omgekeerd. Ook wordt dus gekeken of er problemen in de praktijk voorkomen, waarover in de literatuur nog niets geschreven is.

Het interviewgedeelte van het onderzoek is een soort gevalstudie, dit gedeelte is specifiek gericht op de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen in één enkel kinderziekenhuis. Het ziekenhuis waar de interviews gehouden zijn, is het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam. Het verloop van de samenwerking in andere ziekenhuizen (andere 'gevallen') kan verschillen van de verkregen resultaten uit dit ziekenhuis.

1.2 Onderzoeksstrategie

Het onderzoek begint met een secundaire literatuurstudie, daarin komen relevante onderwerpen en theorieën naar voren, die daarna aan de hand van interviews getest zijn in de praktijk van het genoemde ziekenhuis. Bij de secundaire literatuurstudie zijn vele verschillende bronnen geraadpleegd, zowel nationaal als internationaal. In de interviews daarna zijn open vragen gesteld. De vragen zijn van te voren opgesteld, maar er was een mogelijkheid om ervan af te wijken om door te gaan op een interessant onderwerp, wat een hulpverlener mogelijk aansneed. Er zijn vier mensen geïnterviewd; twee kinderartsen en twee kinderverpleegkundigen. Aan deze personen zijn vragen gesteld over het verloop van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, sterke en zwakke punten hierbij, de patiëntveiligheid en ervaringen met miscommunicatie.

1.3 Methode van analyse

Na het verzamelen van de data van verschillende bronnen (denk hierbij aan boeken, tijdschriften, internetsites, wetten en inspectierapporten) zijn deze geanalyseerd. Dit is in vier stappen gebeurd. Als eerste zijn de data geordend en klaar gemaakt voor analyse. De data zijn hierbij globaal doorgelezen om een algemeen beeld te krijgen van de informatie. De relevante stukken zijn daarna kritisch doorgelezen om de belangrijke aspecten eruit te kunnen halen. Van deze relevante stukken zijn vervolgens samenvattingen gemaakt. Tot slot zijn de data in categorieën van de verschillende deelvragen verdeeld, om hiermee antwoorden op de deelvragen te kunnen vinden.

De interviews zijn op de volgende manier behandeld. De interviews zijn opgenomen door een spraakrecorder en daarna zorgvuldig uitgewerkt. De uitgewerkte interviews zijn opnieuw voorgelegd aan de respondenten voor eventuele aanvullingen of om onwaarheden te verwijderen. De gekregen antwoorden zijn daarna geanalyseerd om zo de relevante informatie eruit te halen. Deze zijn dan gebruikt in het onderzoek.

1.4 Ethische en praktische dilemma's

Naar verwachting konden zich in het onderzoek verschillende ethische en praktische dilemma's voordoen. Deze zijn echter niet voorgekomen. Zoals naar verwachting hebben zich bij de literatuurstudie geen problemen voorgedaan. Bij het interviewen hebben zich ook geen dilemma's voorgedaan.

Allereerst heeft het benaderen van de verschillende hulpverleners geen probleem opgeleverd. Vaak zijn vooral de artsen erg druk en een interview is dan niet echt iets waar zij op zitten te wachten. Maar met behulp van mijn scriptiebegeleider is dit allemaal voorspoedig verlopen. Daarnaast hebben de onderwerpen in de interviews geen problemen veroorzaakt. De hulpverleners hebben heel openhartig en eerlijk de vragen over medische fouten beantwoord. Tot slot zijn de geïnterviewde personen in het onderzoek anoniem gebleven, waardoor de privacy van de personen niet in geding kan komen.

1.5 Betrouwbaarheid

1.5.1 Interne betrouwbaarheid

De interne betrouwbaarheid heeft te maken met de manier van data verzamelen en de methodologie die gebruikt wordt om daarmee de betrouwbaarheid binnen het onderzoek te waarborgen. Deze interne betrouwbaarheid is gewaarborgd door veel verschillende bronnen te gebruiken bij de secundaire literatuurstudie, zowel van nationale als internationale herkomst.

De interne betrouwbaarheid met betrekking tot de interviews is gewaarborgd door de antwoorden van de verschillende respondenten zo exact mogelijk weer te geven en te

gebruiken in het kader van de probleemstelling. De interviews zijn opgenomen op geluidsband en zorgvuldig uitgetypt. Ook is er gebruik gemaakt van membercheck. De uitgewerkte interviews zijn teruggestuurd naar de respondenten om door hun onwaarheden of aanvullingen te geven in de interviews.

Tot slot zijn bij het gebruik van de interviews in het onderzoek de functies van de geïnterviewde personen bij citaten vermeld. Om de interne betrouwbaarheid te verhogen, is de dataverzameling consistent gedaan. Dit betekent dat er één interview gebruikt is, dat aan alle respondenten is voorgelegd. Wel is er de mogelijkheid gebleven om van dit interview af te wijken, wanneer nieuwe interessante informatie boven water komt.

1.5.2 Externe betrouwbaarheid

De externe betrouwbaarheid heeft betrekking op de manier van data verzamelen en de gebruikte methodologie ten opzichte van andere onderzoeken met dit thema. Het gaat dus om de betrouwbaarheid van de conclusies in vergelijking met andere onderzoeken. De externe betrouwbaarheid is gewaarborgd door een zorgvuldige literatuurverwijzing in het onderzoek. Hiermee zijn alle bevindingen na te trekken op de betrouwbaarheid.

1.6 Validiteit

1.6.1 Interne validiteit

De interne validiteit van een onderzoek heeft te maken met de kwaliteit van de gebruikte data. Wordt gemeten wat we wilden meten? De gebruikte data moet betrekking hebben op het onderzoeksprobleem en het moet op wetenschappelijke basis verkregen zijn.

De interne validiteit is verhoogd door triangulatie van methoden en databronnen. Twee methoden zijn toegepast in het onderzoek: de secundaire literatuurstudie en de interviews. De interne validiteit is gewaarborgd door tijdens de literatuurstudie zoveel mogelijk verschillende nationale en internationale wetenschappelijke bronnen te gebruiken. Er is dus triangulatie van databronnen toegepast.

1.6.2 Externe validiteit

Ook de externe validiteit van een onderzoek heeft te maken met de kwaliteit van de gebruikte data, maar dan in het licht van de generaliseerbaarheid van het onderzoek. Het gaat om de duidelijkheid over de dataverzameling tegenover andere onderzoekers.

In het deel van het onderzoek waarin de secundaire literatuurstudie wordt gedaan, wordt gebruik gemaakt van vele verschillende bronnen, zowel van nationale als van internationale afkomst. Daarmee is het onderzoeksterrein heel breed. Tijdens de gevalstudie die naast de secundaire literatuurstudie is gedaan, is de keuze van de

respondenten zorgvuldig gedaan. Door de kleine setting is de verkregen informatie hieruit minder generaliseerbaar.

De externe validiteit is tenslotte ook verhoogd, door cyclisch te werken. Dit houdt in dat de verschillende fasen in het onderzoek verschillende malen doorlopen zijn. Wanneer nieuwe data verzameld was, zijn hieruit wellicht nieuwe vragen ontstaan. Aan de hand van deze nieuwe vragen, is nieuwe informatie verzameld.

Hoofdstuk 3 Secundaire literatuurstudie

Dit hoofdstuk is verdeeld in drie delen. Allereerst komen een aantal tuchtuitspraken aan bod die de problemen in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen concretiseren. Vervolgens worden verschillende kwaliteitswetten aangehaald die eisen stellen aan de kwaliteit van de zorgverlening en die betrekking hebben op de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Tot slot worden enkele ontwikkelingen beschreven die de beroepen van artsen en verpleegkundigen de laatste jaren hebben ondergaan (deels met betrekking op de domeinstrijd die heerst tussen deze beroepen) en welke invloed dit heeft op de samenwerking tussen beide hulpverleners.

3.1 De meest voorkomende fouten in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

Een patiënt wordt behandeld door artsen en verpleegkundigen. Om dit behandelingsproces goed te laten verlopen, wordt van hen zorgvuldige samenwerking en onderlinge communicatie verwacht. Soms verloopt dit echter niet zoals het zou moeten. Op 25 april berichtte de Volkskrant: “Jaarlijks overlijden 1735 patiënten in ziekenhuizen door medische fouten. Nog eens dertigduizend mensen lopen tijdens de behandeling iets op dat voorkomen had kunnen worden. Bij tienduizend van hen is de ‘schade’ blijvend.” Dit blijkt uit het onderzoek dat op initiatief van de Orde van Medisch Specialisten door het EMGO Instituut/VUmc en het NIVEL is uitgevoerd. De meeste schade lopen patiënten op als gevolg van medicatiefouten, slordig bijgehouden dossiers en organisatorische en technische zaken (De Volkskrant 2007, Orde van Medisch Specialisten 2007). Dit kan uiteenlopende gevolgen hebben voor de patiënt, zoals het ondergaan van nieuwe operaties, verlies van bewustzijn, trombose, vergiftiging, huiduitslag, inwendige bloedingen, uitstellen van operatie, boosheid, pijn, infecties enzovoort (Hentenaar 2003).

In deze paragraaf worden drie voorbeelden gegeven van tuchtuitspraken die aangeven waar de problemen in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen liggen die tot schade kunnen leiden. In het tuchtrecht zijn verschillende zaken terug te vinden over miscommunicatie tussen artsen en verpleegkundigen. Zo werd in 2004 een kinderarts aangeklaagd door een inspecteur van de Gezondheidszorg omdat hij onder andere in communicatief opzicht niet gehandeld heeft zoals van een bekwaam kinderarts verwacht mag worden (zaaknummer 2004/230). Het volgende was vooraf gegaan.

Een 14-jarige patiënte wordt opgenomen op de kinderafdeling en onderzocht door de arts. Deze stelt een therapielijst op. De toestand van de patiënte gaat achteruit en de patiënte wordt door verpleegkundigen zonder therapielijst en zonder toestemming van de

arts (deze heeft het erg druk) naar de IC-afdeling van het ziekenhuis overgeplaatst. Wanneer de arts hier achter komt, blijkt de antibiotica-behandeling nog niet gestart te zijn, waardoor de situatie van het kind erg verslechtert. Na de start van de behandeling, herstelt de patiënte en houdt hier geen ernstige blijvende gevolgen aan over.

Het College houdt de arts ervoor verantwoordelijk dat hij voor de verpleging niet toegankelijker en helderder is overgekomen, waardoor een betere communicatie had kunnen plaatsvinden en de patiënte daardoor adequater was opgevangen. Dergelijke communicatieve vaardigheden behoren zonder meer tot een professionele houding; een arts dient als medisch verantwoordelijke voor de behandeling daar een duidelijke regie in te voeren en moet zorgen dat die regie door alle betrokkenen als zodanig wordt herkend.

Al met al stelt het College vast dat de communicatie tussen de arts en de verpleging op de kinderafdeling niet goed is verlopen en dat de arts er minstens mede verantwoordelijk voor is dat wat gebeurde. De arts heeft onvoldoende gecontroleerd of zijn instructies op de juiste plek aankwamen en overkwamen en dat valt hem te verwijten. Het College komt tot het oordeel dat een berisping in dit geval een passende maatregel is (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 2004).

Een andere rechtzaak gaat over de verantwoordelijkheid voor de verslaglegging. Op 1 november 2005 oordeelt Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg dat een verpleegkundige niet verantwoordelijk is voor tekortschietende verslaglegging (zaaknummer 2004.085):

‘Een patiënt is wegens toenemende verwardheid opgenomen in een GGZ instelling. De zoon, tevens mentor van de patiënt, dient tegen de verpleegkundige die aangewezen was als persoonlijk begeleider van de patiënt een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege Eindhoven. Volgens de klager was de verpleging onder de maat. Daarnaast heeft de verpleegkundige geen dossier bijgehouden en heeft hij de familie opzettelijk verkeerd geïnformeerd. (...) Wat het dossier betreft constateert het CTG dat de verslaglegging onvolledig en gebrekkig was, maar dat dit de verpleegkundige niet verweten kan worden. (...) Het CTG oordeelt dat alle onderdelen van de klacht ongegrond zijn en wijst de klacht af.’

(Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg 2005)

Over fouten in de verslaglegging verscheen op 20 april 2007 in de Telegraaf een opvallend artikel ‘*Vrouw overleeft 3x zelfde medische blunder*’. Het ging hierbij om een moeder van vier kinderen die tot drie keer toe dezelfde medische blunder heeft overleefd,

doordat haar driemaal een medicijn werd toegediend waar zij zeer allergisch voor is. Dit stond vermeld in haar medische dossier (Ministerie van VWS 2007). Dit had nooit mogen gebeuren en wordt door de Inspectie van de Gezondheidszorg onderzocht. Ook uit het onderzoek '*Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming*' van de Inspectie blijkt dat onvolledige of onoverzichtelijke dossiervorming de patiëntveiligheid in gevaar brengt. Door gebrek aan éénduidige indeling is het dossier onoverzichtelijk of niet compleet en dit kan fouten in de zorgverlening als gevolg hebben.

De laatste tuchtspraak die hier behandeld wordt, gaat over het toedienen van onjuiste medicatie. Op 3 januari 2006 krijgen vier verpleegkundigen een berisping opgelegd door het tuchtrechtcollege omdat door hun toedoen een patiënt is overleden door het toedienen van onjuiste medicatie. De zaak verliep als volgt:

'Na een operatie aan de galblaas moet een patiënt als epidurale pijnbestrijding Naropin/Sufenta Forte toegediend krijgen. Op de verpleegafdeling krijgt de patiënt in plaats van de door de anesthesist voorgeschreven medicatie, epiduraal morfine toegediend gedurende 3 achtereenvolgende diensten. Hierbij zijn vier verpleegkundigen betrokken. De patiënt is als gevolg van de epidurale morfinetoediening overleden. De Inspectie voor de Gezondheidszorg en de weduwe van de patiënt dienen tegen de vier verpleegkundigen een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege Amsterdam. Zij verwijten de verpleegkundigen dat zij onvoldoende controles uitgevoerd hebben, waaronder het vergelijken van de klaar te maken en toe te dienen medicatie met de medicatieopdracht en systematische pijn- en ademhalingscontroles. Het tuchtcollege oordeelt dat de ingediende klachten gegrond zijn en geeft alle verpleegkundigen een berisping.' (Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 2006)

Doordat artsen en verpleegkundigen niet altijd goed met elkaar samenwerken, kunnen fouten gemaakt worden. Dit kan uiteenlopende gevolgen hebben voor de patiënt. Over het algemeen blijft het bij fouten die hersteld kunnen worden, een enkele keer heeft een fout in de samenwerking een fatale afloop. Uit deze tuchtspraken wordt duidelijk waar de frictie ligt tussen artsen en verpleegkundigen.

Allereerst hebben artsen en verpleegkundigen een verschillend werkdomein. Een arts stelt het behandelplan van een patiënt op en voert dit samen met de verpleegkundigen uit. Hierbij geeft de arts soms taken aan de verpleegkundigen, die deze dan in zijn afwezigheid uitvoeren, bijvoorbeeld het toedienen van medicatie. Soms komt een opdracht

dan niet of niet goed over en dit kan voor problemen zorgen. Het kan dus gebeuren dat een verpleegkundigen een verkeerd medicijn toedient of een verkeerde dosis, als gevolg van een onjuist of niet vernomen opdracht. Daarnaast kan de verslaglegging een probleem zijn. Bij de verslaglegging zijn verschillende hulpverleners betrokken en daarom kan verwarring ontstaan over wie welke gegevens opschrijft en op welke manier deze gegevens bijgehouden worden.

3.2 Juridisch kader

In de vorige paragraaf zijn de knelpunten in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen naar voren gekomen. In deze paragraaf wordt gekeken naar verschillende wetten die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg en daarmee invloed kunnen hebben op de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Aan bod komen de Wet voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi).

3.2.1 Wet voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

De eerste wet die in deze paragraaf besproken wordt, is de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg. Deze wet heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg (dit betekent zorg die rechtstreeks gericht is op een persoon) te bevorderen en te bewaken en de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren (Ministerie van VWS 2007).

Voor acht beroepsgroepen introduceert de wet BIG een systeem van titelbescherming (art. 3 lid 1 Wet BIG). Wie een wettelijk geregeld beroep uitoefent, mag een publiekrechtelijk beschermde beroeps- of opleidingstitel voeren (art. 4 lid 1 Wet BIG, art. 17 Wet BIG). Een dergelijke titel geeft aan dat de drager deskundig is op een bepaald terrein van de gezondheidszorg. Een beroepsbeoefenaar moet wel voldoen aan een aantal wettelijk eisen, bijvoorbeeld met betrekking op de opleiding (art. 18 t/m 34 Wet BIG). Ook is per beroep een omschrijving van het terrein gegeven, waarop de beroepsbeoefenaar deskundig is. De arts en de verpleegkundige zijn beide beroepen waarvoor titelbescherming geldt (art. 3 lid 1 Wet BIG).

Voor de acht beroepen stelt de overheid zogenaamde BIG-registers in. Alle hierin geregistreerde personen vallen onder het tuchtrecht (art. 47 Wet BIG). Het tuchtrecht bevordert en bewaakt de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het doel van het tuchtrecht is het waarborgen van een behoorlijke beroepsuitoefening met het oog op de belangen van degenen aan wie de zorg wordt verleend. Verschillende tuchtrechterlijke maatregelen

kunnen worden opgelegd, wanneer de beroepsuitoefening niet behoorlijk is gedaan (art. 48 Wet BIG).

Tot slot noemt de Wet BIG een aantal voorbehouden handelingen (art. 36 Wet BIG). Daarbij maakt de wet onderscheid in zelfstandige bevoegdheid (art. 36 Wet BIG) en functionele zelfstandigheid (art. 39 Wet BIG). Zelfstandige bevoegdheid houdt in dat een verpleegkundige de indicatie én de handeling (mits bekwaam) zelf uitvoert (Glissenaar 2006). De handelingen mogen alleen worden verricht door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren, om te voorkomen dat door ondeskundig handelen onaanvaardbare gezondheidsrisico's voor de patiënt ontstaan. Bij functionele zelfstandigheid stelt een arts de indicatie en voert de verpleegkundige deze opdracht (mits bekwaam) in opdracht van de arts, zelfstandig uit (Glissenaar 2006). Onder toezicht van een bevoegde beroepsbeoefenaar mag een voorbehouden behandeling dus worden uitgevoerd door een niet bevoegde beroepsbeoefenaar (art. 35 Wet BIG). Hierbij houdt ieder zijn eigen verantwoordelijkheid voor een zorgvuldige uitvoering van de handeling (Borst-Eilers 1997).

De beroepsvereniging voor Verplegende en Verzorgende adviseert het ministerie van VWS dat verpleegkundigen over een aantal handelingen zelfstandige bevoegdheid moeten krijgen, zoals het voorschrijven van medicijnen, het geven van injecties en het verrichten van heelkundige handelingen. Ook adviseert de AVVV functionele zelfstandigheid te verlenen aan verpleegkundige voor een aantal handelingen (Glissenaar 2006).

De wet BIG wordt aangehaald in het licht van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen omdat beide beroepen volgens deze wet geregistreerde beroepen met titelbescherming zijn. Dit houdt in dat beide beroepen een eigen verantwoordelijkheid hebben en hier individueel tuchtrechtelijk aansprakelijk voor zijn. Ook geeft de wet een zekere nevenschikking tussen beide beroepen aan, zowel de arts als de verpleegkundige zijn deskundig op een bepaald terrein van de gezondheidszorg.

De wet BIG geeft een omschrijving van de terreinen waarop artsen en verpleegkundigen deskundig zijn (art. 18, art. 19, art. 32 & art. 33 Wet BIG). Zo behoort het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst tot het gebied van deskundigheid van de arts. Handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging behoren tot het deskundigheidsgebied van de verpleegkundige. Daarnaast geeft de wet voorbehouden handelingen aan artsen (art. 36 Wet BIG). Dit zorgt voor duidelijkheid binnen de samenwerking tussen artsen en verpleegkundige.

3.2.2 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

WGBO staat voor de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst. In deze wet zijn bepalingen opgenomen over de behandelingsovereenkomst tussen hulpverlener en patiënt. De WGBO wordt van kracht op het moment dat iemand zorg inroept. De patiënt is hierbij de opdrachtgever tot zorg. De wet is vooral gericht op het beschermen van de rechten van de patiënt.

De WGBO is dwingend recht, dat wil zeggen dat hulpverleners en patiënten onderling geen afspraken kunnen maken die in strijd zijn met de WGBO. In de WGBO zijn bepalingen opgenomen over de plichten van de patiënt, het recht van de patiënt op informatie of op het niet willen van informatie, het inzage-recht in het medische dossier, bescherming van de privacy van de patiënt en het toestemmingsvereiste van de patiënt voor een behandeling (Ministerie van VWS 2006).

De wet heeft, zoals gezegd, betrekking op de relatie tussen hulpverlener en patiënt. Bij de behandeling van een patiënt in een ziekenhuis is echter nooit een enkele hulpverlener betrokken. Een patiënt wordt door een zorgverleningsteam behandeld en daarom is deze wet van belang bij de samenwerking tussen arts en verpleegkundige. In artikel 457 (lid 2) van de WGBO komt deze samenwerking naar voren.

In verschillende bepalingen wordt verwezen naar de 'zorg van een goed hulpverlener' als norm voor het handelen van de hulpverlener. 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.' (Artikel 453 WGBO). Deze beroepsstandaard wordt niet verder gedefinieerd en dit geeft ruimte voor eigen invulling. De 'zorg van een goed hulpverlener' onderstreept de relevantie van normen, regels en ervaringen uit de beroepsgroep en benadrukt de eigen professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener (Legemaate 1995).

De professionele standaard bepaalt in grote mate de omvang van het werkgebied van de hulpverlener. Elke beroepsgroep in de hulpverlening heeft een eigen professionele standaard. Deze zal in het ene geval echter verder ontwikkeld zijn dan in het andere. De WGBO is niet beperkt tot de arts, ook andere hulpverleners vallen eronder (Legemaate 1995). Deze wet stelt eisen aan de hulpverleners bij de zorgverlening en maakt duidelijk wat waarbij van hen verwacht wordt. Wat betreft de samenwerking en taakverdeling binnen de zorgverlening laat de wet ruimte voor eigen invulling, dit kan voor problemen zorgen.

Verantwoordelijkheid

Van belang bij de samenwerking tussen arts en verpleegkundige is dat duidelijk is wie verantwoordelijk is voor welk deel van de zorgverlening. In de WGBO wordt gesproken

over een geneeskundige behandelingsovereenkomst met 'de hulpverlener'. Overal wordt een enkelvoudig woord gebruikt. Een combinatie van meerdere hulpverleners die gezamenlijk de verantwoordelijkheid hebben genomen om de patiënt te behandelen wordt niet expliciet besproken in de WGBO. Impliciet geeft artikel 457 (lid 2) WGBO wel aan dat meerdere hulpverleners bij de behandeling betrokken zijn.

Over de verdeling van de verantwoordelijkheid bij de behandeling van een patiënt is het volgende bekend. Bij de behandeling van een patiënt is de arts de hoofdbehandelaar en daarmee eindverantwoordelijke voor de behandeling. Verpleegkundigen dragen wel de verantwoordelijkheid over hun eigen handelingen, maar de arts is eindverantwoordelijk voor de totale behandeling. Dit komt aan de orde in artikel 463 WGBO: 'De aansprakelijkheid van een hulpverlener (...) kan niet worden beperkt of uitgesloten.' Hulpverleners zijn altijd verantwoordelijk en aansprakelijk voor hun behandeling. Het feit dat een protocol wordt gevolgd, verandert niets aan die eigen verantwoordelijkheid (Hulst en Schepers 1999). De volgende casus laat zien dat een verpleegkundige verantwoordelijk is voor haar eigen handelen, ook wanneer zij handelt in opdracht van een arts of een protocol volgt.

'Een 8-jarig meisje wordt door de KNO-arts geopereerd aan haar oor. Het patiëntje heeft een spina bifida, diverse andere aandoeningen en een ventriculo-peritoneale drain. Na de operatie blijkt de pijnmedicatie onvoldoende te helpen. De verpleegkundigen besluiten het meisje temgesic te geven op basis van een zogenaamd 'temgesic-protocol'. Na een tweede tabletje temgesic valt ze in slaap. Vlak voor middernacht wordt het meisje levenloos aangetroffen. Ze wordt vergeefs gereanimeerd. De ouders dienen tegen de verpleegkundige die het 2^{de} tabletje temgesic gegeven heeft een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege Zwolle. Ze verwijten de verpleegkundige dat zij zonder overleg met een arts en zonder te beschikken over het medisch dossier, op basis van een conceptprotocol Temgesic toegediend heeft. Het RTC verklaart de klacht gegrond. De verpleegkundige heeft niet constructief gecommuniceerd met de arts over de pijnmedicatie. Ze heeft gehandeld op basis van een rommelig, ongedateerd concept protocol en ze heeft onbekwaam -dus onbevoegd- gehandeld. Bekwaamheid houdt o.a. in: bekend zijn met eventuele complicaties van de handeling. Dat vraagt kennis over de gezondheidssituatie van de patiënt. De verpleegkundige was daarvan onvoldoende op de hoogte. De verpleegkundige krijgt een waarschuwing.' (Regionaal Tuchtcollege Zwolle 2007)

Van de verpleegkundige uit deze casus werd meer bekwaamheid in haar handelen verwacht. Zij heeft blindelings medicatie toegediend, terwijl hier nadere communicatie en kennis voor nodig was. Hiervoor wordt zij zelf verantwoordelijk gehouden en niet de arts.

Maar wie is verantwoordelijk en aansprakelijk voor beslissingen die in teamverband zijn genomen? Gezamenlijke beslissingen komen vaak voor wanneer meerdere hulpverleners bij de behandeling van een patiënt betrokken zijn. De verantwoordelijkheid voor deze beslissingen blijven altijd bij de individuele deelnemers liggen, in het bijzonder bij de behandelend arts. Doordat de behandelend arts de eindverantwoordelijkheid heeft, behoudt deze altijd de bevoegdheid en de taak te beslissen over zaken. Naast de behandelend arts houden ook de andere teamleden volledig hun eigen individuele verantwoordelijkheid, ook voor hun bijdrage aan de besluitvorming (Gevers 1998).

De WGBO lijkt op verschillende aspecten gericht te zijn op een één op één relatie: de patiënt sluit voor een bepaalde geneeskundige behandeling een overeenkomst met één specifieke hulpverlener. Wanneer het gaat om gezamenlijke hulpverlening, dan gaat het ook om een gezamenlijke verantwoordelijkheid en legt het recht bij elke hulpverlener een individuele verantwoordelijkheid neer. Artsen zijn wel altijd medeverantwoordelijk voor een patiënt, waarbij de medische zorg gedeeld wordt met andere hulpverleners (Hulst en Kerff 1998).

Dossierplicht

Het volgende artikel uit de WGBO, dat belangrijk is bij de samenwerking tussen arts en verpleegkundige is het artikel over het de dossierplicht. 'De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt' (art. 7:454 lid 1 WGBO). Deze bepaling welke hulpverlener de taak heeft op het dossier in te richten. Ook zegt de wet weinig over welke gegevens precies in het dossier moeten worden opgenomen. In ieder geval moeten gegevens worden opgenomen over de gezondheidstoestand van de patiënt, de verrichtingen die zijn gedaan en andere stukken met belangrijke informatie (art. 7:454 WGBO). De precieze invulling van het dossier moet door de beroepsgroepen zelf worden gedaan. In sommige instellingen hebben beide hulpverleners een eigen dossier; een verpleegkundig en een medisch dossier. In andere instellingen gaat het om een gezamenlijk dossier. Wanneer verpleegkundigen en artsen apart van elkaar een dossier bijhouden, is het van belang dat zij hier wederzijds in kijken om op de hoogte te blijven van de laatste ontwikkelingen van een patiënt. In de sommige gevallen is dit dan een elektronisch dossier waar beide hulpverleners verslag in doen. Op welke manier het dossier wordt ingericht is dus niet vastgelegd, hulpverleners zijn vrij om dit zelf in te vullen.

Het patiëntendossier kan gebruikt worden als kwaliteitsinstrument. Aan de hand van dit dossier kan getoetst worden of de zorgverlening verlopen is, zoals de professionele standaard vereist. Om deze reden is het van belang dat het bijhouden van het medisch dossier volledig en op een zorgvuldige wijze gebeurt. Uit het krantenartikel, dat op 26 april 2007 in de volkskrant verscheen over het eerder genoemde onderzoek naar vermijdbare fouten, blijkt dat lang niet alle dossiers zorgvuldig worden bijgehouden en dit leidt tot vermijdbare fouten in de zorgverlening (Volkskrant 2007).

De dossierplicht is in de WGBO erg algemeen opgenomen. Het betreffende artikel (art. 7:454 WGBO) laat veel vrijheid voor eigen invulling. Dit kan voor problemen zorgen op twee fronten. Allereerst als het gaat om welke hulpverlener het dossier bijhoudt. Zowel de arts als de verpleegkundige heeft een behandelingsovereenkomst met de patiënt, dus beide zijn verplicht een dossier bij te houden. Daarnaast kan de manier waarop het dossier wordt bijgehouden voor problemen zorgen. Doordat hieraan geen eisen zijn gesteld, kan een rommelig of onvolledig dossier het gevolg zijn. Ook uit een rapport van de Inspectie blijkt dat dossiervoering en verslaglegging zeer divers en vaak onvolledig gebeurt (IGZ 2007).

Informed consent

Het laatste artikel dat uit de WGBO naar voren wordt gehaald, is het artikel over informed consent. Geen enkele hulpverlener mag iets doen bij een patiënt zonder daarvoor toestemming te hebben gevraagd (art. 7:450 lid 1 WGBO). Voordat een patiënt toestemming kan geven voor een behandeling, moet de hulpverlener de patiënt volledig hebben ingelicht over de stand van zaken, de mogelijkheden en de gevolgen. In art 7:448 lid 1 WGBO staat: 'de hulpverlener licht een patiënt die de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt op zodanige wijze in als past bij zijn bevattingsvermogen'.

Maar om welke hulpverlener gaat het hier? De WGBO beschrijft niet concreet wat de verantwoordelijkheden en taken van verpleegkundigen en artsen zijn met betrekking tot de informed consent. Omdat hier weer gesproken wordt over 'de hulpverlener', moeten artsen en verpleegkundigen zelf afspraken maken over wie welke informatie aan de patiënt geeft.

In een onderzoek van Verkaik, Francke en Friele (2003) kwam naar voren dat concrete afspraken weinig zijn gemaakt over het informeren van de patiënt. Verpleegkundigen zeggen patiënten veelvuldig te informeren over zowel verpleegkundige als medische onderwerpen. Wanneer meer deskundigheid nodig is bij het geven van informatie, stellen verpleegkundigen zich terughoudend op. Verpleegkundigen besteden ook veel aandacht aan hun coördinerende en signalerende rol bij de informatievoorziening van de arts aan de patiënt. Concrete afspraken over de informed consent zijn er weinig en dit kan problemen opleveren bij de samenwerking. Vooral wanneer verpleegkundigen met veel verschillende artsen samen werken of andersom, lijkt de kans dat problemen ontstaan rond

de afstemming aanwezig. Verpleegkundigen geven in dit onderzoek aan dat zij hierover regelmatig met artsen van mening verschillen en ook komt het regelmatig voor dat verpleegkundigen niet weten of ze bepaalde medische informatie aan patiënten mogen verstrekken (Verkaik ea 2003).

Concluderend geeft de WGBO veel vrijheid aan het veld op het punt van de invulling van de informed consent. In het recht zijn geen nadere bepalingen hierover te vinden en dit kan voor problemen zorgen. Informatie kan dubbel gegeven worden of helemaal niet gegeven worden. De hulpverleners moeten onderling afspraken wie welke informatie geeft aan de patiënt. Hierdoor kan voorkomen worden dat een patiënt niet over de volledige informatie bezit als het gaat om zijn diagnose, behandeling of vooruitgang.

De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst stelt globale eisen aan de zorgverlening. Wie welke taak in deze zorgverlening vervult, laat de WGBO over aan het veld. Wanneer het veld geen concrete afspraken maakt over de taakverdeling, kan dit voor problemen in de samenwerking zorgen.

3.2.3 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi)

Op 1 april 1996 is de Kwaliteitswet Zorginstellingen in werking getreden. Dit is de laatste kwaliteitswet die besproken wordt in het kader van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundige. De Kwaliteitswet Zorginstellingen regelt het toezicht van de overheid op de zorg. De normen en eisen die de wet stelt zijn erg algemeen beschreven. Het veld heeft de taak om deze kwaliteitsnormen concreet te maken. Ondanks de vrijheid die de KZi geeft, moet het veld wel wat doen aan kwaliteit. In de wet wordt de Inspectie van de gezondheidszorg aangewezen om toe te zien op de invulling die het veld aan de kwaliteit geeft. De wet geeft dus wel vrijheid, maar zeker geen vrijblijvendheid.

De KZi stelt globale eisen aan de zorgverlening en geen gedetailleerde normen. De centrale gedachte van deze wet is dat instellingen in eerste instantie zelf verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van de zorg en daarom de ruimte moeten hebben om een eigen kwaliteitsbeleid vorm te geven. Omdat de instelling verantwoordelijk wordt gehouden voor de kwaliteit van zorg, is de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen een zorg voor de instelling. Het verloop van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen beïnvloedt namelijk de kwaliteit van de verleende zorg.

Eén van de eisen die de KZi stelt is dat instellingen verantwoorde zorg moeten leveren (art. 2 KZi). Dat wil zeggen: doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht én van goede kwaliteit. Wanneer de zorg voldoet aan de reële behoefte van de patiënt, is de zorg van goede kwaliteit. Verpleegkundigen en artsen die gezamenlijk de behandeling van de patiënt uitvoeren, moeten gezamenlijk zorgen dat de zorg aan deze eisen voldoet. Communicatie

en overdracht van gegevens zijn noodzakelijk voor het verlenen van verantwoorde en veilige zorg. Communicatie, overdracht en dossiervorming blijken echter onvoldoende te zijn en daarmee worden de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg onvoldoende ingevuld met risico's voor de patiëntveiligheid (IGZ 2007).

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de taak gekregen om de kwaliteit van de zorg te bewaken en te bevorderen. Wanneer er fouten worden gemaakt, zal de Inspectie ingrijpen. Deze fouten moeten dan wel eerst gemeld worden. Er geldt een wettelijke verplichting om calamiteiten aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg te melden (art. 4a KZi). Soms kan de Inspectie ook zelf onderzoek doen naar fouten. Wanneer de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen niet goed verloopt en fouten hiervan het gevolg zijn, brengt de Inspectie een bezoek aan de Instelling. Vooral bij structurele fouten is het van belang dat deze boven water komen, zodat de Inspectie kan ingrijpen.

Naast het toezicht dat de Inspectie moet houden op de zorgsector, stelt de Kwaliteitswet Zorginstellingen ook nog een andere eis als het gaat om toezicht op kwaliteit. Van elke zorgaanbieder wordt verwacht dat hij elk jaar in een openbaar verslag, verantwoording aflegt over het gevoerde kwaliteitsbeleid (art. 5 KZi). Deze kwaliteitsjaarverslagen kunnen meer inzicht geven in de kwaliteit van de zorgverlening in een zorginstelling en zijn daarmee een instrument om de Kwaliteitswet te handhaven en de taak van de Inspectie makkelijker te maken (Inspectie voor de Gezondheidszorg 1997).

In deze paragraaf zijn verschillende wetten aan de orde gekomen, zoals de Wet BIG, de WGBO en de KZi. Deze wetten regelen verschillende aspecten van de zorgverlening. Zo regelt de wet BIG de individuele verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar voor de kwaliteit van de zorg naar de patiënt met behulp van het medisch tuchtrecht. De WGBO regelt daarnaast de behandelingsovereenkomst tussen de patiënt en de hulpverlener. Het toezicht op de zorg door de overheid is tot slot vastgelegd in de KZi. Alle wetten geven het veld een zekere vrijheid tot eigen invulling van de zorgverlening. Artsen en verpleegkundigen krijgen gezamenlijk de verantwoordelijkheid om concrete afspraken te maken over de taakverdeling binnen de samenwerking. Dit moet zorgen voor duidelijkheid en maakt de zorgverlening meer controleerbaar. In de praktijk blijkt standaardisatie van de informatievoorziening, de overdracht en de verslaglegging echter te ontbreken, dit kan tot problemen leiden.

3.3 De verhouding tussen het beroep van de arts en het beroep van de verpleegkundige

In zorginstellingen voeren verpleegkundigen en artsen gezamenlijk de behandeling van een patiënt uit. In deze behandeling hebben beide hulpverleners hun eigen taken en bevoegdheden. In de vorige paragraaf kwam al naar voren dat in bijvoorbeeld de wet BIG deze deskundigheidsterreinen nader zijn gespecificeerd, maar dat het veld vele vrijheden heeft om de zorgverlening zelf verder in te vullen. Om de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen nader te kunnen toelichten, is meer informatie nodig over de werkerreinen van beide beroepen. In deze paragraaf wordt ingegaan op de ontwikkelingen die de beroepen van de arts en van de verpleegkundige de laatste jaren hebben ondergaan en de invloed die deze ontwikkelingen hebben op de samenwerking.

3.3.1 Het domein van de arts

Toen artsen na 1850 in de gasthuizen verschenen, waar voorheen alleen verpleegkundigen de verzorging van de zieken deden, kregen zij veel aanzien en werden ze op een voetstuk geplaatst. Het aanzien dat artsen verkregen heeft verschillende redenen. Ten eerste gaat het om zeer complex werk dat een hoge mate van deskundigheid vereist. Een andere reden waarom artsen aanzien hebben verkregen, is het feit dat zij te maken hebben met een belangrijke centrale maatschappelijke waarde, namelijk gezondheid. Een arts kan deze gezondheid beïnvloeden: hij kan het verschil maken tussen ziekte en gezondheid, leven of dood (Hulst en Schepers 1999). Het beroep van de arts was een bijzonder beroep en al snel werd gesproken van een professie.

Professies zijn beroepsgroepen die een maatschappelijke erkenning hebben weten te verwerven voor hun specifieke deskundigheid en daar een zekere autonomie aan kunnen ontlelen (Oorschot 1995). Volgens Freidson (2001) zijn er vijf kenmerken waaraan een beroep moet voldoen voor het een professie genoemd kan worden. Het gaat om de volgende kenmerken: de kennis die een beroepsgroep heeft moet erkend zijn, er moet controle over het werkveld zijn, daarnaast moet controle zijn over carrièremogelijkheden die binnen de beroepsgroep mogelijk zijn, vervolgens moet er controle over de opleiding zijn en tenslotte moet er een gedeelde ideologie binnen de beroepsgroep zijn (Freidson 2001). De beroepsgroep van artsen kan op basis van deze vijf kenmerken een professie worden genoemd. Bijzonder aan deze professie is dat de controle over het werkveld, de opleiding en de carrièremogelijkheden grotendeels binnen het de beroepsgroep plaats vindt. Dit wordt ook wel de collectieve autonomie genoemd. Naast deze collectieve autonomie bestaat de autonomie van de individuele beroepsbeoefenaar (Hulst en Schepers1999).

Een arts als individuele beroepsbeoefenaar heeft medisch-professionele autonomie. Medisch-professionele autonomie is gedefinieerd als de vrijheid van de arts ten aanzien van

het materiële medisch handelen, de toepassing daarvan op de individuele patiënt en de beslissingen die in dat verband door de arts worden genomen. De medisch-professionele autonomie komt onder meer tot uitdrukking in de keuzevrijheid van de arts ten aanzien van de wijze waarop hij meent een patiënt te moeten behandelen evenals in de keuze van diagnostische en therapeutische middelen die daarbij ter beschikking staan (Reijssen 1999). Al tijdens de opleiding tot arts wordt het belang van de klinische ervaring en de persoonlijke verantwoordelijkheid van de individuele arts benadrukt (Hulst en Schepers 1999).

Opgemerkt moet worden dat autonomie nooit absoluut is, maar door de samenleving wordt toegekend. De professionele autonomie alleen kan bestaan wanneer patiënten vertrouwen hebben in hun arts. Bij de arts-patiënt relatie is namelijk sprake van informatie-asymmetrie. De patiënt heeft niet de specialistische medische kennis die een arts wel heeft. Een arts heeft pas autonomie wanneer de patiënt zich 'overlevert' aan de arts. Een patiënt moet eerst het vertrouwen hebben in een arts dat deze zijn medische kennis op een verantwoorde en goede manier toepast bij zijn behandeling (Hulst en Schepers 1999).

De medisch professionele autonomie van de arts betekent niet dat de arts geheel vrij is in het bepalen van zijn behandeling. De afbakening van het domein waarbinnen artsen autonomie bezitten, gebeurt vanuit verschillende kanten. Zo kan de begrenzing gebeuren van buitenaf (wettelijke voorschriften en jurisprudentie), van binnenuit (beroepscodes en gedragsregels; vakinhoudelijke en technische regels; standaarden, richtlijnen en protocollen; en regels betreffende specifieke hulpverlening-ethische kwesties) en ook mengvormen zijn mogelijk (richtlijnen van de Inspectie; algemene juridische, ethische en beroepsnormen). De laatste tijd proberen ook verzekeraars invloed uit te oefenen op de handelen van artsen (Legemaate 1995).

Voorbeelden van begrenzing van de autonomie van de arts van buitenaf zijn de wet BIG, de WGBO en de KZi. Deze wetten proberen het toetsen van het medisch handelen van de arts mogelijk te maken. Het is onmogelijk om de precieze grenzen aan te geven waarin artsen moeten werken, omdat het werk van artsen erg veelzijdig en specialistisch is. De afbakening van het werkgebied van artsen is dan ook in algemene termen beschreven in de wet, hierdoor heeft de arts alsnog veel vrijheid (zie de vorige paragraaf).

Naast de wettelijke regelingen worden ook medische beroepsnormen opgesteld (begrenzing van binnenuit). Deze zijn gebaseerd op de stand van de wetenschap en opgestelde standaarden door medisch-wetenschappelijke verenigingen (protocollen, behandeladviezen, richtlijnen) (Hulst en Tiems 1999). Dus gedragsregels en beroepscodes (zelfregulering), door de beroepsgroep zelf opgesteld, kunnen de autonomie beperken (Reijssen 1999). Artsen hebben wel de bevoegdheid om collectieve regels en normen te kunnen aanpassen aan de eisen van de situatie. Dit zorgt voor onbepaaldheid van het werk

van de individuele arts en geeft hem macht (Hulst en Schepers 1999). Het is wel van groot belang dat artsen altijd rekening houden met het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt; een arts mag niets met de patiënt doen, zonder dat hij of zij daar toestemming voor heeft gegeven.

Tot slot proberen ook de overheid en de verzekeraars (zeker in het nieuwe zorgstelsel) invloed te krijgen op het medisch handelen van artsen (de genoemde mengvormen). Zo wordt er door verzekeraars geprobeerd een arts kostenbewust te maken. Verzekeraars en overheid hebben baat bij lage zorgkosten en proberen daarom artsen te stimuleren om de goedkope vormen van zorg voor te schrijven. Wanneer hier bonus en malusregelingen aan verbonden worden, zou dit invloed kunnen hebben medisch professionele autonomie. Een voorbeeld van een rechtzaak met betrekking tot dit onderwerp is LJN: AU4312 (Voorzieningenrechter Rechtbank Arnhem 131513, 2005), waarin een verzekeraar huisartsen stimuleert om de goedkopere medicijnen voor te schrijven. Een andere begrenzing van de autonomie in deze categorie is de controle door de Inspectie van de Gezondheidszorg.

Een arts is een beroep met een zekere mate van autonomie en een zekere mate van aanzien. Door de hoge mate van specialistische kennis is een arts tot op zekere hoogte vrij om te bepalen hoe hij een patiënt behandelt. Vanuit verschillende kanten is er wel controle op de uitvoering van het artseneroep. Deze controle lijkt steeds groter te worden.

3.3.2 Ontwikkeling van het beroep van de verpleegkundige

Het beroep van de verpleegkundige heeft de laatste jaren verschillende metaforen gekend. Zo werden de verpleegkundigen vroeger gezien als moederfiguur van de patiënt. Zij namen de verzorging van de patiënt op zich. Daarnaast moesten verpleegkundigen de opdrachten van de artsen uitvoeren en werden zij als hulpje van de arts beschouwd. Ook advocaat van de patiënt was één van de metaforen die het beroep van de verpleegkundige kende. Zij moesten de belangen van de patiënt behartigen. Tot slot werd de verpleegkundige ook gezien als zelfstandig handelende ten opzichte van de patiënt (Kleingeld 1996). Hieruit is op te merken dat de rol van de verpleegkundige de laatste jaren sterk is veranderd. Tegenwoordig zijn verpleegkundigen zich steeds meer aan het specialiseren en zijn zij een 'domeinstrijd' begonnen met de artsen. Nieuwe beroepen als de Nurse Practitioner en de Physician Assistant ontstaan.

Sinds enkele jaren is er streven naar professionalisering. Professionalisering houdt in dat je je als beroepsgroep duidelijk onderscheidt van andere beroepsgroepen en erkenning vraagt voor deze onderscheiding (Hubert 2001). Verpleegkundigen willen hun vaardigheden en theoretische kennis vergroten (Kleingeld 1996). De professionele ontwikkeling van

verpleegkundigen komt onder meer naar voren in het feit dat in Nederland sprake is van theorievorming over de essentie van verplegen en dat (verplegings-)wetenschappelijk onderzoek steeds meer door verpleegkundigen wordt uitgevoerd. Bovendien wijst ook het feit dat het domein van verplegen door verpleegkundigen is beschreven in het beroepsprofiel (Leistra e.a. 1999) en in de nieuwe kwalificatiestructuur voor de beroepsopleidingen (Commissie Kwalificatiestructuur 1996) erop dat de beroepsgroep van de verpleegkundige zich aan het professionaliseren is.

Daarnaast zijn er steeds meer mogelijkheden voor de verpleegkundige om zich te specialiseren. Zo ontstaan steeds meer beroepsvormen die tussen de vroeger verpleegkundigen en artsen instaan, zoals de nurse practitioner en de physician assistant. Een Nurse Practitioner is een verpleegkundige die met aanvullende scholing en met een groter mate van zelfstandigheid taken overneemt van huisartsen en medisch specialisten (RVZ 2002). De discussie over het wel of niet toelaten van deze beroepen tot het medisch domein is al lange tijd aan de gang. In het verpleegkundig tijdschrift BijZijn wordt regelmatig een artikel gepubliceerd over de stand van zaken omtrent deze beroepen. Het laatste bericht hierover luidde:

De Nurse Practitioner (NP) en de Physician Assistant (PA) worden voorlopig geen nieuwe beroepen. Dit om te voorkomen dat er een lappendeken van nieuwe beroepen ontstaat. Ook wordt er dus voorlopig geen discussie gevoerd over tot welk domein beide behoren. De Nurse Practitioner blijft voorlopig werkzaam in het verpleegkundig domein (BijZijn 2005).

De Nurse Practitioner en de Physician Assistant zijn voorbeelden van taakherschikking. Taakherschikking gaat over het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen. Taken die eerst door de arts werden gedaan zijn overgeheveld naar gespecialiseerde verpleegkundigen. Zoals eerder gezegd, wordt geprobeerd aan verpleegkundigen de bevoegdheid te geven steeds meer medische handelingen te mogen uitvoeren. Tot nu toe is bij verpleegkundigen nog geen sprake van autonomie, ook taakherschikking van belangrijke medische handelingen is nog niet mogelijk, dit proces verloopt uiterst traag. Door de jaren heen zijn al wel taken overgeheveld van artsen naar verpleegkundigen, maar dat ging vaak om kleine handelingen. Voor dit trage proces zijn verschillende redenen (Kleingeld 1996):

- 1) Op juridisch en sociaal gebied zijn nog te veel belemmeringen om taakherschikking uit te voeren en daarmee de professionalisering van de verpleegkundigen bevestigen.

Voorbeelden van juridische problemen bestaan omtrent de opleidingseisen, de voorbehouden behandelingen en het tuchtrecht (Raas & Lint 2002).

2) Er bestaat een frictie tussen de actuele en gewenste functie-inhoud van verpleegkundigen (Kleingeld 2006). Het terrein van de verpleegkundige beroepsuitoefening is de laatste jaren verbreed. De technologische vernieuwing op medisch gebied en de daarmee samenhangende hoogwaardige apparatuur die dikwijls door verpleegkundige wordt bediend, heeft geleid tot een uitbreiding van het werkterrein van de verpleegkundige en heeft bijgedragen aan de spanning in de verhouding tussen arts en (ervaren) verpleegkundige.

3) Sociale problemen die zich voordoen gaan over de acceptatie van de patiënt. Taakherschikking kan het vertrouwen van patiënten in de gezondheidszorg schaden. Verpleegkundigen worden nog steeds gezien als minder gekwalificeerde hulpverleners. Hieronder vatten zij de historisch gegroeide en nog steeds niet uitgeroeide opvatting, dat de verpleegkundige een assistente of hulpje is van de arts, die slechts zijn opdrachten uitvoert. Deze erfenis loopt achter op de ontwikkeling van de verpleegkundige tot een zelfstandige beroepsbeoefenaar. Maar wat wil iemand met een vierjarige HBO-V opleiding toch iemand met acht jaar academische opleiding vertellen?

De Raad voor de Volksgezondheid en zorg heeft een onderzoek gedaan naar de mening van patiënten over taakherschikking. Aan patiënten is gevraagd wat zij vinden van taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen. Mensen hechten bij taakherschikking van arts en specialist naar verpleegkundige en huisarts veel belang aan de controle, verantwoordelijkheid en inzichtelijkheid in de deskundigheid van de hulpverleners. Vrouwen vinden de genoemde aspecten aanzienlijk belangrijker dan mannen. Wanneer het gaat om het sneller geholpen worden op de polikliniek, EHBO of voor een eenvoudige nabehandeling door middel van taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen is, hebben de meeste mensen hier geen problemen mee (81%) (Jakobs, Nobelen, Broerse 2002).

4) Artsen zijn ook erg alert op hun autonomieverkleining en de autonomievergroting van verpleegkundigen. De professionaliseringsideologie van de verpleegkundige is een dilemma. Hoewel artsen wel degelijk respect kunnen opbrengen voor kennis, ervaring en de mening van een individuele verpleegkundige, lijken artsen zich bedreigd te voelen wanneer verpleegkundigen zich gaan specialiseren en professionaliseren. Artsen worden daarom meer afhankelijk van hen, omdat zij kennis bezitten die de artsen niet bezitten en die zij wel nodig hebben voor de behandeling van een patiënt. Een voorbeeld hiervan is de diabetesverpleegkundige. Een verpleegkundige die zich gespecialiseerd heeft in diabetes, bezit op dit aspect meer kennis dan een arts. Artsen lijken moeite te hebben met de

nevengeschikte positie die verpleegkundige aan het verkrijgen zijn in plaats van de ondergeschikte positie aan artsen.

Het verpleegkundige beroep schuift steeds meer naar de voorgrond, maar door verschillende redenen zijn verpleegkundigen nog altijd minder gekwalificeerde hulpverleners dan artsen.

3.3.3 Taakverdeling en relatie tussen artsen en verpleegkundigen

Bij deze taakverdeling is het allereerst van belang dat opgemerkt wordt dat artsen en verpleegkundigen patiënten op verschillende manieren en momenten meemaken. Artsen richten zich op de medisch-technische aspecten van de ziekte, terwijl verpleegkundigen meer oog hebben voor de zorg en de psychosociale aspecten. Het contact tussen een verpleegkundige en een patiënt is vaak anders dan het contact tussen arts en patiënt. Patiënten hebben met een verpleegkundige vaak een vertrouwelijkere band. Naast het verschil in aard van het contact tussen arts-patiënt en verpleegkundige-patiënt, verschilt ook de frequentie van het contact. Verpleegkundigen maken patiënten zeer op een afdeling vaak zeer intensief mee, maar wel alleen tijdens een opname. Artsen hebben vaak een zeer kort maar regelmatig contact met de patiënt, namelijk zolang de patiënt in behandeling is, dus zowel poliklinisch als tijdens opname. Hierdoor hebben zij een lange-termijnperspectief, waarin zij de patiënt in betere en in slechtere tijden mee maken (The 1997). Uit deze verschillende momenten en het verschil in intensiviteit van het contact met de patiënt, komt veelzijdige informatie over de patiënt naar voren. De mate van afstemming van deze informatie kan het verloop van de behandeling van de patiënt beïnvloeden. Een belangrijk instrument om deze informatie op elkaar af te stemmen is het patiëntendossier. Uit het rapport van de IGZ naar *'Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen'* bleek dat ontbrekende informatie in patiëntendossiers tijdens de behandeling één van de oorzaken van onbedoelde en vermijdbare schade aan patiënten is (Bruijne ea 2007).

Artsen en verpleegkundigen hebben verschillende functies, taken en eigen bevoegdheden. De arts is de hoofdbehandelaar van een patiënt. Tot het gebied van deskundigheid van de arts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst (art. 19 Wet BIG). Het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige is tweeledig: enerzijds namelijk het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging; anderzijds het verrichten van handelingen in opdracht van een beroepsbeoefenaar in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden (art. 33 Wet BIG). Vaak wordt het onderscheidt gemaakt dat de arts de 'cure'-taken en de verpleegkundige de 'care'-taken doet. Een concretere taakverdeling in deze samenwerking kan niet gegeven worden, daarvoor zijn de taken artsen en

verpleegkundigen uitvoeren te veelzijdig. In het rapport van de Inspectie van de gezondheidszorg over het preoperatieve proces kwam naar voren dat de overdracht van informatie en samenwerking tussen hulpverleners beduidend beter kan (IGZ 2007).

Samenwerking in een team met duidelijkheid over taken en regie tot de patiënt is noodzakelijk voor de juiste afstemming en veiligheid van het zorgverleningsproces. De samenwerking in ziekenhuizen is volgens dit rapport echter niet goed te noemen. Zo is het proces vooral georganiseerd op de kerntaken en hierdoor zijn taken die bij meerdere hulpverleners ondergebracht kunnen worden, meestal slecht georganiseerd. Bovendien ontbreken afspraken over de taakverdeling of verantwoordelijkheden vaak. Daarnaast is het informeren van elkaar geen automatisme. Tot slot ontbreekt teamvorming vrijwel geheel en daarmee sluiten de afzonderlijke verantwoordelijkheden niet op elkaar aan (IGZ 2007). Van directe samenwerking en een gestructureerde afstemming kan niet gesproken worden. Er is onvoldoende inzicht in elkaars handelen en afspraken over de taakverdeling ontbreken (IGZ 2007). Dit rapport is gericht op het preoperatieve proces, maar dit is een onderdeel van het gehele zorgverleningsproces. De resultaten hebben daarom ook enige betrekking op de algehele samenwerking.

Concluderend zijn er een aantal ontwikkelingen die de relatie en verhouding tussen artsen en verpleegkundigen heeft veranderd, namelijk de toenemende gespecialiseerde kennis die verpleegkundigen verwerven en de strengere controle op de uitoefening van het beroep van de arts. Daarmee is de positie van de arts op het continuüm, onder invloed van verschillende factoren, aan het verschuiven van onafhankelijkheid in de richting van een grotere mate van afhankelijkheid (Oorschot 1995). Ondanks het feit dat artsen hier nog enige moeite mee hebben, kunnen zij niet meer om verpleegkundigen heen. Zowel artsen als verpleegkundigen hebben een eigen aandeel in de behandeling van een patiënt. Een goede samenwerking en afstemming bij deze behandeling is steeds meer geboden. In de praktijk laat de samenwerking en afstemming nog wel eens te wensen over. Wanneer arts en verpleegkundige goed met elkaar samenwerken en communiceren kan de kwaliteit van de zorgverlening veel hoger zijn, dan wanneer beide hulpverleners langs elkaar heen werken.

Hoofdstuk 4 Onderzoek in de praktijk

In dit hoofdstuk wordt de informatie uit het voorgaande hoofdstuk getoetst in de praktijk. Twee interviews zijn gedaan met kinderverpleegkundigen en twee interviews met kinderartsen, allemaal werkzaam op de intensive care afdeling van een academisch ziekenhuis. Allereerst wordt aangegeven welke gevolgen samenwerking kan hebben op het verlenen van zorg volgens de artsen en verpleegkundigen. Daarna wordt gekeken of het veld invulling geeft aan de algemene normen die de wetten stellen. Tot slot komt naar voren hoe artsen en verpleegkundigen tegen de ontwikkeling van de beroepen en de daaruit voortkomende samenwerking aankijken.

4.1 De meest voorkomende fouten in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen

In het vorige hoofdstuk is besproken dat problemen kunnen ontstaan bij de samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen. In de tuchtspraken kwam naar voren dat vooral onduidelijkheid bestaat in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen op het gebied van het overbrengen van opdrachten, het toedienen van medicatie en het bijhouden van medische dossiers.

De geïnterviewde artsen en verpleegkundigen gaven beiden aan dat regelmatig fouten worden gemaakt bij het toedienen van medicatie. Het komt bijvoorbeeld voor dat een door de arts gegeven opdracht tot het verlagen van de dosering van een medicijn bij een patiënt, door de verpleegkundige niet goed is verstaan of verkeerd begrepen is.

“Ja, het komt wel voor dat er inderdaad de arts een opdracht of iets gegeven heeft en dat je het of doordat het druk is, je hebt het niet gehoord of het is ergens opgeschreven en jij hebt daarna niet meer in het PDMS gekeken of op de beademingslijst gekeken. En dat er dan wel eens iets niet door komt, of omdat je zo druk bezig bent, dat je het niet hoort.”
(Kinderverpleegkundige 2 2007)

De gevolgen hiervan kunnen uiteenlopend zijn. Het komt maar heel zelden voor dat een patiënt overlijdt aan een verkeerd medicament of een verkeerde dosering hiervan. Wel kan het andere ernstige gevolgen hebben, zoals verlenging van de opname. Meestal zijn de gevolgen niet ernstig.

“Wereldwijd zie je dat van alle fouten die er gemaakt worden, dat daarvan 30% medicatiefouten zijn. Dit hoeft soms helemaal geen

consequenties te hebben.(...) Het is heel erg afhankelijk van de onderliggende ziekte, van de leeftijd en van de aard van het medicament dat je geeft.” (Kinderarts 2 2007)

Naast problemen die voorkomen bij de overdracht van informatie over medicatie, zou de verslaglegging voor problemen kunnen zorgen. De verslaglegging levert echter volgens de respondenten geen problemen op. Duidelijk is dat verpleegkundigen het verpleegkundig dossier bijhouden, en artsen of arts-assistenten het medisch dossier. Hierop wordt later verder ingegaan.

4.2 Juridisch kader

In hoofdstuk 3 zijn drie wetten aangehaald die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg en daarmee eisen stellen aan de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Deze wetten waren de Wet BIG, de WGBO en de KZi. In deze paragraaf wordt gekeken of deze nader worden ingevuld door het veld, zoals de bedoeling is.

4.2.1 Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

De eerste wet die bij dit onderzoek een rol speelt, is de wet BIG. De wet geeft in grote lijn het deskundigheidsgebied aan van artsen en verpleegkundigen. Aan de respondenten is gevraagd of deze deskundigheidsgebieden een strakke scheiding kennen.

“Er blijft wel onderscheid tussen artsen en verpleegkundigen. Er is ook wel overlap. Verpleegkundigen gaan steeds meer handelingen doen die artsen ook doen, maar wel alleen als zij hier voor bekwaam en bevoegd zijn. Er wordt wel heel goed opgelet dat verpleegkundigen geen handelingen uitvoeren die zij niet mogen en dit gebeurt ook niet. (Dit gaat over de voorbehouden handelingen uit artikel 36 wet BIG) Als dit wel gebeurt, leidt dit tot pas gevolgen wanneer er ook echt problemen mee komen.” (Kinderverpleegkundige 1 2007)

De laatste jaren hebben wat verschuivingen plaats gevonden binnen de taakverdeling. Een voorbeeld van een taakaspect dat aan het verschuiven is van artsen naar verpleegkundigen is pijnbestrijding (Kinderarts 2 2007). Verpleegkundigen hebben intensiever contact met een patiënt wanneer deze op de afdeling is opgenomen dan artsen, zij kennen de patiënt het beste en kunnen het beste vast stellen hoeveel pijn hij of zij heeft. Aan de hand van de handelingsprotocollen en beslisbomen mogen verpleegkundigen de pijnbestrijding geven.

Het wijzigen van medicatie is ook een soort grijs gebied, net als het inbrengen en verwijderen van infusen, katheters, drains en hechtingen. Wanneer verpleegkundigen hier voldoende voor zijn geschoold, mogen zij dit soort handelingen doen van de artsen. Het komt voor dat verpleegkundigen vinden dat deze taken behoren tot het domein van de arts. Zij durven dan de verantwoordelijkheid niet aan om deze taken op zich te nemen. Dit geldt ook voor het doen van slecht-nieuws gesprekken (Kinderverpleegkundige 1 2007).

Om de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen een naam te geven, definiëren de meeste respondenten de werkgebieden met de termen 'cure' en 'care' of medische zorg en basiszorg. Daarbij werd wel opgemerkt dat hoewel er een scheiding is tussen de terreinen, de terreinen niet gescheiden zijn. *"Artsen en verpleegkundigen zijn continu in samenspraak met elkaar. (...) Niet alles hoeft overlegd te worden, maar veel ook weer wel."* (idem)

"Als het gaat over 'cure', dan is dat het domein van de dokter. Dan zie je toch al een stuk parafieke logisch inzicht en een stuk vakkennis over de verschillende ziektes. Je kunt dingen met elkaar delen, maar de verantwoordelijkheid en de consequenties van datgene dat in de 'care' gebeurd en die variabelen die je daar meet, dat is toch de verantwoordelijkheid van de dokter." (Kinderarts 2 2007)

Deze arts doet daarnaast 'care', maar dan niet in uitvoerende zin. *"Wij organiseren care, maar we handelen het vaak niet. Ik maak me er niet echt druk om of een patiënt recht ligt of niet."* (Idem) Een andere arts was het niet eens met de splitsing die op deze manier gemaakt wordt tussen beide werkdomeinen:

"Ik vind dat zowel artsen als verpleegkundigen een stuk cure doen. Wij verzinnen wel wat de cure moet zijn, maar de verpleegkundigen voeren hem uit. En de verpleegkundigen bemoeien zich vooral met care, maar ook de dokters moeten zich met care bezig houden. Care is ook het praten met ouders, met patiënten, mensen op hun gemak stellen als dat terecht is. Het delen van slecht nieuws en empathie valt voor mij onder care. Ik vind dat er heel veel overlap is." (Kinderarts 1 2007)

Ondanks het ontbreken van een exacte definiëring tussen de werkdomeinen van artsen en verpleegkundigen, zijn beide hulpverleners het eens dat beide beroepen eigen taken kennen maar dat er toch veel overlap is. Voor sommige hulpverleners is het ontbreken

van deze definiëring met de verschuivingen van de laatste jaren in de taakverdeling een struikelblok geworden.

“Er zijn verpleegkundigen, die de laatste jaren, wat twijfelachtig zijn geworden over wat hun domein is en wat het domein van de arts is. Dus daar is wel behoefte aan definiëring, meer dan wat er nu in de BIG-wet staat.” (Kinderarts 1 2007)

De wet BIG omschrijft de taakgebieden van artsen en verpleegkundigen, maar door taakverschuivingen voldoen deze omschrijvingen niet meer. Er blijkt veel overlap te zijn tussen het werk van verpleegkundigen en de artsen en sommige taken verschuivingen van de ene beroepsgroep naar de andere. Dit lijkt de taakverdeling verwarrend en onduidelijk te maken. Voor elke patiënt moet goed aangegeven worden wie welke taak doet of al gedaan heeft, anders worden misschien bepaalde handelingen niet of dubbel gedaan.

4.2.2 De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

Als tweede is de WGBO een wet die een grote rol speelt bij de behandeling van patiënten en de samenwerking tussen hulpverleners die daarbij nodig is. Omdat een patiënt in zijn behandelingsperiode met verschillende hulpverleners te maken krijgt, is het noodzakelijk om afspraken te maken over wie welke taken heeft in het behandelproces. Deze afspraken zijn globaal vastgelegd in de WGBO (en de wet BIG) en behoren in de praktijk nadere invulling te krijgen. Aan de respondenten is gevraagd welke afspraken er gemaakt zijn omtrent het informeren van de patiënt en het bijhouden van het medisch dossier.

Informed consent

De rechten en plichten die behandelaren en patiënten hebben, komen onder andere tot uitdrukking in het informeren van de patiënt, zodat hij of zij op basis van volledige informatie kan beslissen of hij of zij een behandeling wil ondergaan of niet. Ook op momenten dat de behandeling al in volle gang is, is het van belang dat de patiënt op de hoogte blijft van de stand van zaken betreffende onderzoeken, zijn behandeling en de prognose. In de WGBO is beschreven dat ‘de hulpverlener’ de patiënt informeert. Omdat ‘de hulpverlener’ een begrip van nogal ruime betekenis is in de gezondheidszorg, verdient het nadere invulling. Uit de interviews kwam naar voren dat er over de informatievoorziening naar patiënten (en ouders) geen onduidelijkheid bestaat, ondanks dat hier geen harde afspraken over zijn gemaakt. Artsen en verpleegkundigen lijken onderling goed aan te voelen wat wel en niet door een verpleegkundige verteld mag worden.

“Dat is een beetje afhankelijk van hoe zwaar de problematiek is. Als het gaat om een röntgenfoto te maken, dan mogen zij dat doen. Maar als het gaat over een operatie of een CT-scan of overplaatsing dan vinden wij natuurlijk dat wij dat moeten doen. Dus de dagelijkse gang van zaken, veranderingetjes dat kan wat mij betreft de verpleegkundige prima doen. Als het gaat om meer beleidsmatige aspecten, dan vind ik dat de dokter dat moet doen.” (Kinderarts 2 2007)

“Het wisselt per dokter en ook per verpleegkundige. De ene verpleegkundige is veel mondiger en zal zelf wel al van alles uitleggen. Bijvoorbeeld hier op een ic-afdeling, zal een verpleegkundige zelf, een soort van interpretatie van bloeduitslagen aan de ouders meedelen. Op een niet-ic-afdeling, gebeurt het weer anders. Dan wordt het aan een dokter overgelaten. Vaak spreek ik af met verpleegkundigen wat zij wel of niet mogen zeggen. Als ik weet dat ouders komen en ik ben niet in de gelegenheid om ze snel te woord te staan om ze een uitslag van een niet-belangrijke test door te geven, of een test waarvan de uitslag goed is. Dan zeg ik tegen de verpleegkundige van ‘als de moeder ernaar vraagt, dan mag jij van mij zeggen dat de foto goed was’. Ik geef daar wel altijd toestemming voor.” (Kinderarts 1 2007)

Uit deze citaten kan geconcludeerd worden dat testuitslagen van minder groot belang, die makkelijk te interpreteren zijn en waarvan de gevolgen niet zo groot zijn, door de verpleegkundigen worden verteld. Belangrijke testuitslagen en andere veranderingen in behandelproces worden door de behandelend arts aan de patiënten meegedeeld. Hierover bestaan geen concrete afspraken. Wie de taak van de informatievoorziening naar de patiënt toe op zich neemt, wordt per individueel geval bepaald of gebeurt op intuïtie. Dit lijkt geen problemen op te leveren. Of deze manier van informeren van de patiënt (op intuïtie) medisch erg verantwoord is, valt te betwijfelen. Door deze manier van handelen kan het makkelijker gebeuren dat er bepaalde (belangrijke) informatie niet bij de patiënt terecht komt. Daar komt bij dat elke hulpverlener met veel verschillende andere hulpverleners te maken krijgt, en niet iedereen voelt elkaar even goed aan. De respondenten gaven zelf ook aan dat het informeren van patiënten wisselt per arts en per verpleegkundige.

Dossierplicht

Naast bepalingen over het informeren van de patiënt, bevat de WGBO ook een artikel over het medische dossier. Het is weer de taak van 'de hulpverlener' om dit dossier bij te houden. Uit de eerder genoemde tuchtspraken kwam naar voren dat verwarring zou bestaan over wie nu werkelijk het medisch dossier bijhoudt. Deze problemen lijken in de praktijk mee te vallen. De artsen en verpleegkundigen hebben beide hun eigen dossier, respectievelijk het medisch dossier en het verpleegkundig dossier: "*Het medisch dossier doen wij niet. Dat is van de artsen. Wij hebben natuurlijk ons PDMS-systeem. Daar staat onze rapportage in.*" (Kinderverpleegkundige 2 2007). "*De arts heeft de taak om het medisch dossier bij te houden, maar de verpleegkundige moet daarnaast het verpleegkundig dossier bijhouden. Dit gaat dan over de verpleging en de voeding.*" (Kinderverpleegkundige 1 2007)

Het medisch dossier wordt bijgehouden door de arts-assistenten en soms door de artsen zelf: "*Het medisch dossier doet de arts-assistent. En als ik een belangrijk gesprek heb gehad met de ouders, schrijf ik er wat in. En ik schrijf er zeker wat in als er ellende is in de zin van complicaties. En als een patiënt overlijdt schrijf ik een soort samenvatting over hoe het gegaan/gekomen is.*" (Kinderarts 2 2007) Een andere arts vertelde dat het verpleegkundig dossier en het medisch dossier ook niet wederzijds worden aangevuld. "*Het medisch dossier doen wij, dat doen de artsen. Doen de arts-assistenten onder supervisie van specialisten of specialisten-in-opleiding. Het verpleegkundig dossier is van hun. En wij schrijven eigenlijk niet wederzijds daar in. Dat gebeurt niet, gewoon niet.*" (Kinderarts 1 2007)

Ook bij deze handelwijze kunnen vraagtekens worden geplaatst. Zoals in het vorige hoofdstuk besproken, maken artsen en verpleegkundigen patiënten op verschillende momenten mee en verkrijgen zij andere informatie. Een arts kan niet al zijn informatie aan alle verpleegkundigen individueel vertellen en andersom ook niet. Deze informatie wordt in de dossiers opgeschreven. Maar wanneer beide beroepen een eigen dossier hebben, komt de informatie alsnog niet bij elkaar terecht.

Daarbij komt dat verpleegkundigen, zoals in de vorige paragraaf aan bod kwam, taken overnemen van de artsen. Een voorbeeld hiervan is de pijnbestrijding. Wanneer verpleegkundigen bepaalde pijnbestrijding aan de patiënt geven, is het van groot belang dat de arts hiervan weet. Het combineren van bepaalde medicamenten kan namelijk ernstige gevolgen hebben. Het is belangrijk dat de dossiers wederzijds worden ingezien en dat lijkt in de praktijk niet te gebeuren.

Concluderend wordt gesteld dat in de praktijk bij de informatievoorziening en het bijhouden van het dossier geen problemen voorkomen. Dit komt echter niet doordat de hulpverleners hierover goede concrete afspraken hebben gemaakt en daarmee de wetten nader invullen. De taakverdeling van het informeren van de patiënt gebeurt namelijk op intuïtie en dossiers worden niet wederzijds gebruikt. Toch zeggen de respondenten dat hieruit geen problemen voorkomen en dit is opmerkelijk. Uit de literatuur blijkt namelijk dat het ontbreken van afspraken wel tot problemen leidt.

4.2.3 Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi)

De kwaliteitswet Zorginstellingen is in een eerdere paragraaf al naar voren gekomen. Daarin kwam het toezicht dat de overheid heeft op de kwaliteit van zorg naar voren. Het toezicht op kwaliteit wordt gedaan door de Inspectie. Het melden van fouten kan de taak van de Inspectie naar het opsporen van structurele mankementen in de zorg vergemakkelijken. Aan de respondenten van de interviews is de volgende vraag voorgelegd: 'Denkt u dat het melden van calamiteiten volledig wordt gedaan? En denkt u dat dit zorgvuldiger gedaan wordt, wanneer hier geen sancties aan verbonden zijn (1 januari 2008)?'

Zowel de verpleegkundigen als de artsen gaven aan dat er op dit moment in het ziekenhuis al heel veel wordt gemeld. De afdeling en de instelling zijn er erg op gespitst dat hulpverleners vrij makkelijk kunnen melden (Kinderverpleegkundige 1). Patiëntveiligheid staat hoog in het vaandel. Toch zijn alle respondenten het er over eens dat nog niet alles wordt gemeld, dit komt mede door de juridische consequenties (Kinderarts 2 2007).

Hoewel men bij het melden van incidenten dus enige weerstand ondervindt van de consequenties die het maken van fouten kunnen hebben, zal het toekomstige drempelvrije en consequentieloze melden van incidenten niet alle weerstand weghalen. Weer zijn de artsen en de verpleegkundigen het erover eens dat wanneer hier geen juridische consequenties meer zijn verbonden aan het melden van incidenten, dan wel meer gemeld zal gaan worden. De verwachting is echter dat ook na de maatregel in 2008 nog niet alles gemeld zal gaan worden, hier is meer voor nodig.

“Als het gaat om calamiteiten, incidenten en dergelijke denk ik niet dat het opheffen van sancties veel zal uitmaken, omdat het meer gaat om het kweken om een cultuur waarin het normaal is dat er over fouten gesproken wordt, waarin duidelijk wordt gemaakt: we moeten ervan leren om het te voorkomen in de toekomst. Dan dat mensen bang zijn voor hun baan. Het zal misschien een paar twijfelaars over de streep trekken, maar

dat is niet de greep waarin iedereen ineens alles gaat melden.” (Kinderarts 1 2007)

Volgens Kinderarts 2 spelen ook aspecten op hoger niveau mee, naast de aspecten binnen de instelling.

“Het zal heel erg afhankelijk zijn van hoe het openbaar ministerie daarmee omgaat. Ik heb dat in het verleden al gezien in de luchtvaart. Toen was er ook iets gebeurd en dat is toen volgens de regels aan de inspectie, is dat verteld. En daar zijn toen ook acties genomen. Totdat het openbaar ministerie daar lucht van kreeg. En dat had een dramatisch negatief effect op de meldingsbereidheid.” (Kinderarts 2 2007)

Toezicht op de kwaliteit van zorg is een positief punt. Van fouten kan geleerd worden en daarom is het ook goed dat er gepraat wordt over fouten en dat deze gemeld worden. Eventuele structurele fouten die door het melden naar voren komen, kunnen worden aangepakt. *“Maar als het een soort van klopjacht wordt op dokters die dan bereid zijn om te melden. Dat ontstaan er echt hele rare dingen, vrees ik.” (Kinderarts 2 2007)*

‘Als het om patiëntveiligheid gaat, zijn begrippen als vrijwilligheid en vrijblijvendheid ontoereikend en niet meer gepast. We hebben het over heldere en afdwingbare afspraken en de inspectie zal daar de komende jaren sterk op handhaven.’ (Minister Klink 2007). Aan de respondenten is gevraagd of er afspraken zijn gemaakt om de veiligheid van patiënten te waarborgen, dit met oog op het veiligheidsmanagement systeem waarmee vanaf 2008 gewerkt gaat worden. Hier werd zeer verschillend op gereageerd. Zo kon één van de artsen moeilijk afspraken bedenken, de enige afspraak die op dat moment naar binnen schoot was:

“O, dat is wel een afspraak die we gemaakt hebben. Als het te druk is, bijvoorbeeld in een weekenddienst, als je aan ziet komen ik kan niet op drie plekken tegelijk zijn en moet dat nu eigenlijk wel zijn. Dan wordt er een collega gebeld. Je draait een dienst waarbij er nog iemand achter je is gepland. Dreigt het te druk te worden, dan bel je die. De afspraak is nog nieuw en is volgens mij ook nog nooit gebruikt maar het is in principe wel de afspraak” (Kinderarts 1 2007)

Deze arts vond protocollen geen afspraken om de veiligheid te waarborgen, maar om goede klinisch zorg te geven. Hiernaast zijn er verschillende ongeschreven regels, zoals

het niet onnodig pijn doen van een patiënt. *“Want missers als gevolg van veiligheid komt voort uit onwetendheid, overbelasting, deels onkunde en ook vermoeidheid. Maar nooit doelbewust, van daar ga ik eens even lekker een fout maken,”* aldus de arts.

Een andere arts kon echter vele afspraken opnoemen op de veiligheid te waarborgen.

“Ja, heel veel. Wij hebben ook zogenaamde incidentreporting op de afdeling. Wij hebben alles wat niet gaat zoals het afgesproken is, schriftelijk wordt vastgelegd. En die worden door een aantal mensen, worden die ook beoordeeld op mate van ernst. En op basis daarvan wordt er weer bijgestuurd. (...) Wij kijken ook naar bijvoorbeeld risicoanalyses en daaropvolgend, hebben we hele gerichte acties die daarop volgen. En de foutenregistratie en we kijken naar het protocollair handelen. En of dat wel goed bedacht is.” (Kinderarts 2 2007)

Een van de verpleegkundigen dacht bij afspraken op het gebied van het waarborgen van veiligheid vooral aan protocollen. Volgens één van de verpleegkundige zijn er heel veel (te veel) protocollen, waarvan vooral de nieuwe protocollen worden gebruikt. *“Een voorbeeld hiervan is een protocol over hoe je een patiënt moet wegen. Nou, dat gaat echt te ver. Daar houdt niemand zich aan en die worden ook nooit geraadpleegd,”* aldus de verpleegkundige over oude protocollen. De interviews wezen uit dat protocollen op basis van verschillende gronden worden opgesteld. Sommige zijn op basis van een hoog niveau van bewijs uit de literatuur, andere op basis van ervaringen in het ziekenhuis of specifiek op de afdeling. De protocollen worden in samenspraak van de verschillende hulpverleners opgesteld, dus zowel artsen en arts-assistenten als verpleegkundigen.

Tot slot verwees verpleegkundige 2 naar de wet- en regelgeving. *“Ik denk dat als iets op papier staat, dat er dan zorgvuldigheid komt.”* De verplichting op grond van de WGBO om een medisch dossier bij te houden, is een afspraak om de veiligheid van patiënten te waarborgen.

Hoewel de KZi het verplicht om calamiteiten en incidenten te melden, gebeurt dit nog niet volledig in de praktijk. Er is angst voor de gevolgen. De veiligheid van patiënten krijgt op verschillende manieren aandacht. Allereerst zijn er de wettelijke regels, zoals het bijhouden van het medisch dossier waarin de stand van zaken rondom de patiënt beschreven staat (art. 454 WGBO) en de verplichting om fouten en incidenten te melden (art. 4a KZi) aan de Inspectie van de Gezondheidszorg. Daarnaast worden er protocollen en standaarden opgesteld waarmee gewerkt moet worden, dit zorgt voor enige standaardisatie en

controleerbaarheid van het werk en hiermee wordt de veiligheid van de patiënt gewaarborgd. Tot slot wordt er binnen het ziekenhuis ook gereflecteerd op de werkwijzen en opgestelde regels, zodat deze medisch verantwoord en up-to-date zijn.

4.3 De verhouding tussen het beroep van de arts en het beroep van de verpleegkundigen

In deze paragraaf wordt gekeken of de artsen en verpleegkundigen veranderingen bemerken ten aanzien van hun deskundigheidsdomein. Uit de literatuur kwam naar voren dat artsen en verpleegkundigen een domeinstrijd voeren en dit beïnvloedt de samenwerking. Hier wordt gekeken of de praktijk het daarmee eens is.

4.3.1 Arts als professie

Zoals eerder vermeld, is het beroep van een arts een professie. Vanaf het moment dat het beroep ontstond, is het al een beroep dat op een voetstuk staat. Het heeft aanzien door de grote hoeveelheid specifieke kennis die het nodig heeft om het beroep te kunnen uitoefenen en de grote waarde die aan gezondheid wordt toegekend. Door deze bijzondere positie die de arts heeft gekregen bezit hij medisch professionele autonomie. Verpleegkundigen zijn zich de laatste jaren ook steeds verder aan het ontwikkelen. Zij specialiseren zich steeds meer en krijgen daardoor ook een groter kennisgebied. Door nieuwe beroepen als de nurse practitioner wordt de afstand tussen verpleegkundigen en artsen steeds kleiner. Aan de geïnterviewde artsen is gevraagd of zij zich bedreigd voelen door de groei van het beroep van de verpleegkundigen.

Beide artsen voelen zich niet bedreigd door de opkomst van de verpleegkundigen. Dit werd verklaard door het feit dat verpleegkundigen en artsen op een kinderafdeling altijd al veel nauwer samenwerken met elkaar dan op andere afdelingen. Daarnaast zorgt de duidelijke scheiding tussen beide taken en verantwoordelijkheden ervoor dat de groei van het beroep van de verpleegkundige geen bedreiging is voor het beroep van de arts (Kinderarts 1 en 2 2007).

“Verpleegkundigen spelen een grotere rol, maar dat is op de intensive care natuurlijk altijd al zo geweest. Het is altijd al teamwork geweest. (...) Als het gaat om beslisbevoegdheden, dan is dat natuurlijk, in ieder geval formeel, niet veranderd. Als het gaat om artsbevoegdheid. Dan is hij nog steeds degene die de constructie bepaald. Als je kijkt naar opnames, naar het verslag of het beleid voor de individuele patiënt, dan heb ik helemaal niet het gevoel dat mijn autonomie nou veranderd is.”

Kinderartsen en verpleegkundigen hebben een ander deskundigheidsgebied en daarmee wordt het domein van de arts niet bedreigd. Een goed voorbeeld hiervan is de diabetesverpleegkundige. Een diabetesverpleegkundige heeft zeer ziektespecifieke kennis welke een arts niet heeft. Zij maakt zich hiermee onmisbaar bij de behandeling van diabetespatiënten.

De autonomie en het aanzien dat artsen hebben, is door de jaren heen niet alleen veranderd door de opkomst van het verpleegkundig beroep. Zoals eerder al vermeld wordt ook meer druk vanuit andere kanten op het beroep van de arts gelegd, zoals vanuit de juridische, maatschappelijke, economische maar vooral ook vanuit de politieke kant. Er wordt geprobeerd steeds meer controle te krijgen over de uitvoering van het medisch beroep, bijvoorbeeld door het meten van prestaties. Daarnaast wordt het waarborgen van de patiëntveiligheid steeds belangrijker. Aan de artsen is gevraagd of zij het gevoel hebben dat de druk op de kwaliteit van de zorg die zij leveren met de ontwikkelingen van de laatste jaren is toegenomen.

Beide kinderartsen vonden dat de druk op de kwaliteit de laatste jaren is toegenomen, maar geen van allen is bang voor wat er komen gaat. *“Ik ben er niet bang voor. Ik vind het gewoon belachelijk. (...) Dat is belachelijk. Aan de ene kant wordt er gepraat over dat we alsmaar teamwork moeten doen en vervolgens wordt je daar als individu opeens op afgerekend. Dat staat haaks op de filosofie.”* (Kinderarts 2 2007 over het meten van prestaties van individuele artsen). Echter geen van de respondenten is bang voor deze druk; zij vinden dat zij hun werk goed doen, hebben er plezier in en zijn daarom niet bang om een slecht ‘cijfer’ te halen (Kinderarts 1 en 2 2007).

De druk is onder andere toegenomen doordat er meer werk van dezelfde kwaliteit in dezelfde tijd en voor hetzelfde geld moet gebeuren (Kinderarts 1 2007). Ook zijn er verschillende kwaliteitsindicatoren ingevoerd, zoals het meten van pijn bij patiënten en het wel of niet doen van complicatieregistratie (Kinderarts 2 2007).

“Er komt een soort van, dat is vergelijkbaar met de ISO-norm die je hebt als je een brug bouwt. Zo komt er ook een soort van ISO-norm, dat heet dan een NTA (Nederlands Technische Afspraak) over hoe een veiligheidspreventiesysteem in werking is. Dus daar wordt je gewoon ook op getoetst in de toekomst als afdeling of ziekenhuis.” (Kinderarts 2 2007)

Artsen voelen zich niet beperkt in hun autonomie en ondervinden geen veranderingen in het werkdomein door de druk vanuit verschillende kanten. Verpleegkundigen hebben een ander deskundigheidsgebied en daarmee komen ze niet aan het domein van de arts.

Bovendien zaait de politieke druk geen angst, dit omdat de artsen zeker zijn dat zij hun werk goed uitvoeren.

4.3.2 Ontwikkeling van het beroep van de verpleegkundige

Het beroep van de verpleegkundige heeft de laatste jaren een ontwikkeling doorgemaakt. Aan de geïnterviewde verpleegkundigen is de vraag voorgelegd of zij het gevoel hebben dat zij als verpleegkundigen de laatste jaren een grotere rol zijn gaan spelen. Volgens hen telt het beroep van een verpleegkundige de laatste jaren meer mee. Er wordt meer naar verpleegkundigen geluisterd. Daarnaast is sprake van professionalisering. *“Je merkt wel dat verpleegkundigen zich specialiseren. Dat wordt ook wel van je verwacht. Zonder specialisatie kom je er niet meer. Er zijn veel speciale opleidingen om dit mogelijk te maken.”* (Kinderverpleegkundige 1 2007). Door deze professionalisering worden verpleegkundigen serieuzer genomen door de artsen. Er wordt meer naar hen geluisterd en bij beslissingen wordt hun mening gevraagd.

Verpleegkundigen werken grotendeels zelfstandig. Zij zijn niet meer het verlengstuk van een arts. Wanneer het op belangrijke beslissingen aankomt wordt overleg gepleegd met de artsen, maar binnen de afspraken van het beleid wordt er door verpleegkundigen zelfstandig gewerkt.

Verpleegkundigen hebben met dezelfde omgeving te maken als artsen, dus ook aan hen is gevraagd of zij de druk voelen die vanuit verschillende kanten gelegd wordt op de kwaliteit van zorg. Volgens Verpleegkundige 1 (2007) wordt de zorg steeds specialistischer en als verpleegkundige of arts moet je dit bijhouden. Ook hierdoor neemt de druk op de kwaliteit toe. Iedereen wil de lat steeds iets hoger leggen. Ook Verpleegkundige 2 (2007) vindt dat door het steeds specialistischer worden van de zorg en door het moeten behandelen van steeds moeilijkere en gecompliceerdere patiënten, de druk op het werk van de verpleegkundigen toeneemt. Ook de media speelt een rol: *“Het ziekenhuis wordt zo neergezet in kranten en daar moet je dus wel aan voldoen.”* (Verpleegkundige 2 2007).

4.3.2 Taakverdeling en relatie tussen artsen en verpleegkundigen

Al jaren heerst de opvatting dat verpleegkundigen zich met de ‘care’ bezig houden en de artsen met ‘cure’. Verpleegkundigen en artsen hebben beide hun eigen werkdomein en verantwoordelijkheden. Toch kan hier enigszins onduidelijkheid over bestaan, zeker nu de verpleegkundigen hun kennisgebied vergroten en taken overnemen van de artsen. Dit is eerder al besproken.

Zowel artsen als verpleegkundigen zien de gezamenlijke hulpverlening als een proces van samenwerking en geen top-down aansturing. Dit zorgt ervoor dat de zorgverlening over het algemeen goed verloopt op de werkvloer. Het kenbaar maken van

wederzijdse afhankelijkheid, vertrouwen en respect (Kinderarts 1 2007) spelen een rol bij een goede samenwerking. Het goed behandelen en verplegen van patiënt is echt teamwerk. De verpleegkundigen geven hierbij aan dat een goede en prettige samenwerking wel eens persoonsgebonden is: *“Je bent allemaal mens en met de één kun je nu eenmaal beter samenwerken als met de ander.”* (Kinderverpleegkundige 2 2007) De ene arts voelt zich meer hiërarchisch verheven boven verpleegkundigen dan anderen.

Er zijn verschillende knelpunten die zich voordoen in de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Eén van deze knelpunten is het hierboven genoemde punt van de nog aanwezige hiërarchische verhevenheid van artsen boven verpleegkundigen. Sommige artsen (volgens de verpleegkundigen vooral de nieuwe en jonge artsen) voelen zich belangrijker dan verpleegkundigen en denken dat zij veel meer kennis van zaken hebben. Daarnaast doen communicatieproblemen zich regelmatig voor. Een opdracht die door de arts gegeven wordt, is dan door de verpleegkundige niet verstaan of verkeerd begrepen. De aanwezigheid van een wisselende verpleegkundige bezetting kan ook voor miscommunicatie zorgen. Dan wordt de informatie die door de arts is gegeven niet goed doorgegeven aan de rest van het team (Kinderarts 2 2007).

Eén van de verpleegkundigen gaf aan het vervelend te vinden wanneer een arts twijfelt om acuut te handelen bij een patiënt, wanneer een andere arts dit beleid al had vast gezet (Kinderverpleegkundige 2 2007):

“Je loopt er wel eens tegen aan dat je dan een weekend in gaat met een kindje. En dan is voor het weekend een bepaald beleid uitgezet en dan kom je in het weekend en dan is er iemand anders en die durft dan zo’n beleid niet door te zetten. Dat is wel eens lastig, zeker met kinderen die dan dusdanig ziek zijn of het gaat erom, gaat het overlijden of niet. En dan kun je wel eens merken dat de één daar doortastender in durft te zijn dan de ander. Terwijl dan dus eigenlijk doortastende beleid bij wijze van spreken al voor het weekend uitgezet is.”

Het opvallende hierbij was dat één van de artsen ditzelfde punt noemde alleen dan met betrekking tot verpleegkundigen.

“Dus als ik dan (...) tegen een verpleegkundige zeg: ‘jij moet dat patiëntje in de gaten houden en als er dat gebeurt, moet je dat doen’. Die verantwoordelijkheid kunnen sommigen niet echt hebben. Die hebben dan zoiets van ‘ja maar, ik wil dat eerst nog even met een dokter bespreken voordat ik dat ga doen.’” (Kinderarts 1 2007)

De relatie en samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen kent dus zeker knelpunten. Toch is de opvatting die decennia geleden is ontstaan dat artsen belangrijker zijn dan verpleegkundigen, sterk aan het vervagen. Top-down aansturing verandert in samenwerking en onafhankelijkheid verandert in wederzijdse afhankelijkheid. De één kan niet zonder de ander, doordat het kennisniveau van verpleegkundigen steeds hoger wordt, worden artsen en verpleegkundigen steeds meer gelijkwaardige hulpverleners.

Hoofdstuk 5 Conclusie en discussie

Dit onderzoek is in twee delen uitgevoerd, namelijk een theoretisch gedeelte en een praktisch gedeelte. De bevindingen uit beide gedeeltes worden hier tegenover elkaar gezet en daar worden conclusies uitgetrokken. Maar eerst worden op verschillende punten van het onderzoek kanttekeningen geplaatst.

Allereerst is het deel van het onderzoek dat in de praktijk is gedaan, gedaan in een zeer kleine setting. Er zijn twee verpleegkundigen geïnterviewd en twee artsen. Dit aantal is te klein om representatief te zijn voor alle artsen en verpleegkundigen in Nederland.

Daarnaast is het praktische onderzoek gehouden in specifieke afdeling binnen de gezondheidszorg, namelijk een intensive care afdeling voor kinderen in een gespecialiseerd ziekenhuis (medisch centrum). De artsen en verpleegkundigen gaven zelf ook al aan dat de samenwerking op dit soort afdelingen anders verloopt dan andere afdelingen. Het onderzoek is dus niet representatief voor andere afdelingen binnen ziekenhuizen. Ook andere sectoren binnen de gezondheidszorg, bijvoorbeeld verpleeg- en verzorgingshuizen en de geestelijke gezondheidszorg, identificeren zich mogelijk niet met de resultaten uit dit onderzoek.

Een laatste kanttekening die gemaakt moet worden is dat in de interviews geen definiëring is gegeven van de gebruikte begrippen. De definiëringen van begrippen als patiëntveiligheid, kwaliteit, communicatie en samenwerking, zoals gegeven in het theoretisch kader, zijn niet voorgelegd aan de respondenten. De respondenten hebben deze begrippen dus zelf geïnterpreteerd. De verschillende respondenten kunnen verschillende interpretaties hebben gebruikt en dit gevolgen hebben gehad in de gegeven antwoorden.

Bij de behandeling van patiënten zijn vele hulpverleners betrokken, vooral artsen en verpleegkundigen. Artsen en verpleegkundigen hebben beide eigen taken in de zorgverlening en een eigen deskundigheidsgebied. Artsen doen de medische behandeling van de patiënt, terwijl verpleegkundigen verantwoordelijk worden gehouden voor de verzorgende en verpleegkundige handelingen daarom heen. De laatste jaren hebben wat verschuivingen plaats gevonden in de taakverdeling. Doordat verpleegkundigen steeds gespecialisereerdere kennis bezitten, worden taken vanuit het artsendomein overgedragen naar verpleegkundigen. Dit gaat echter om kleine taken. Een arts is als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor de totale behandeling die een patiënt krijgt, daarbij zijn verpleegkundigen zelf verantwoordelijk voor hun eigen handelen.

De opvatting die decennia geleden is ontstaan dat artsen belangrijker zijn dan verpleegkundigen, is sterk aan het vervagen. Top-down aansturing van arts naar verpleegkundige verandert in samenwerking en onafhankelijkheid verandert in wederzijdse

afhankelijkheid. De ene hulpverlener kan niet zonder de ander. Doordat het kennisniveau van verpleegkundigen steeds hoger wordt, worden artsen en verpleegkundigen steeds meer gelijkwaardige hulpverleners. Verpleegkundigen zijn zich steeds meer aan het specialiseren en professionaliseren, waardoor zij steeds meer serieus worden genomen. Doordat verpleegkundigen vaak andere kennis bezitten dan artsen, zijn zij onmisbaar bij de behandeling van patiënten; een goede en nauwe samenwerking tussen de hulpverleners vereist. Op de kinderafdeling heeft deze domeinstrijd geen problemen opgeleverd tussen artsen en verpleegkundigen. Daar was altijd al een nauwe samenwerking en sterke afhankelijkheid tussen artsen en verpleegkundigen.

Door de toenemende druk op de kwaliteit van de zorg vanuit verschillende kanten wordt van artsen en verpleegkundigen steeds meer verlangd. Patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg zijn regelmatig onderwerpen in de media en de Inspectie van de Gezondheidszorg besteedt veel aandacht aan de kwaliteit van zorg. Bij het verlenen van kwalitatief goede zorg, speelt samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen een grote rol. De kwaliteit van de samenwerking bepaalt voor een deel de kwaliteit van de verleende zorg. De samenwerking tussen beide hulpverleners verloopt echter niet altijd goed. In dit onderzoek zijn drie kernaspecten naar voren gekomen die, als gevolg van een gebrekkige samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen, tot fouten kan leiden. Deze aspecten zijn het bijhouden van medische dossiers, het overbrengen van opdrachten en verdere communicatie betreffende de eventuele vorderingen of veranderingen in de situaties van de patiënten. Miscommunicatie is één van de grootste factoren bij fouten in de zorgverlening als gevolg van de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen.

In Nederland gelden wetten die randvoorwaarden stellen aan de zorgverlening aan patiënten. In dit onderzoek zijn drie kwaliteitswetten naar voren gekomen die eisen stellen aan de kwaliteit van de zorgverlening en daarmee aan de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Deze wetten zijn de Wet voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZi). Deze wetten regelen verschillende aspecten van de zorgverlening. Zo regelt de wet BIG de individuele verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar voor de kwaliteit van de zorg naar de patiënt aan de hand van het medisch tuchtrecht. De WGBO regelt daarnaast de behandelingsovereenkomst tussen de patiënt en de hulpverlener en eist onder meer het aanleggen van een patiëntendossier en het volledig informeren van de patiënt. Het toezicht op de zorg is tot slot vastgelegd in de KZi en wordt gedaan door de overheid en dan specifiek de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Alle wetten geven het veld een zekere vrijheid tot eigen invulling van de zorgverlening. Deze vrijheid tot invulling is niet vrijblijvend. Hulpverleners zijn tuchtrechterlijk aansprakelijk wanneer het handelen niet strookt met het goed hulpverlenerschap. Samenwerking is een belangrijk onderdeel van de hulpverlening en goede afspraken en onderlinge afstemming over de taakverdeling in de hulpverlening is daarom vereist.

De invulling van de wet in de praktijk wordt door het veld echter weinig gegeven. Dit komt zowel in de literatuur als in de praktijkstudie naar voren. Zo maken kinderartsen en verpleegkundigen geen concrete afspraken over het informeren van de patiënt. De taakverdeling van het informeren van de patiënt gebeurt op intuïtie. Daarnaast worden medische dossiers niet wederzijds gebruikt. Kinderverpleegkundigen en kinderartsen hebben beiden eigen dossiers. Vooral met de taakverschuivingen van de laatste jaren, kan dit onnodige problemen veroorzaken. Ook omdat altijd sprake is van wisselende teams, zijn afspraken vereist. Het is onmogelijk dat iedereen elkaar even goed aanvoelt en dat iedereen evengoed met elkaar kan samenwerken zonder gemaakte afspraken.

Afstemming over de taakverdeling is dus vereist, maar wordt in de praktijk niet gemaakt. De wet stelt noch de arts noch de verpleegkundige eindverantwoordelijk voor de invulling van de taakverdeling bij de samenwerking. Toch is dit geen gebrek van de wet. Beide hulpverleners zijn verplicht zorg van goede kwaliteit te leveren. Het zorgverleningproces en de daarbij behorende samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen gaan hieraan vooraf. Het afstemmen en maken van goede afspraken over de taakverdeling in de samenwerking behoren bij deze verplichting en gelden voor beide hulpverleners. De wet staat een goede samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen bij de hulpverlening aan patiënten dus niet in de weg. De hulpverleners laten de invulling van de wet zelf achterwege en zijn verantwoordelijk voor de eventuele gevolgen hiervan.

Literatuurlijst

- (Algemeen Dagblad) 2007. *Melding medische misser zonder sancties* [internet]. Algemeen Dagblad, 01-02-2007 [aangehaald 04-02-2007]. Bereikbaar op <http://www.ad.nl/diagnose/article1046717.ece>
- Arib, van Heteren en Hoogervorst. 2006. *Antwoorden op kamervragen van Arib en Van Heteren over medische fouten* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 29-05-2007 [aangehaald 04-02-2007]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/kamerstukken/mc/2006/antwoorden-op-kamervragen-van-arib-van-heteren-over-medische-fouten.asp>
- Berg, M. & W. Schellekens. 2002. 'Paradigma's van kwaliteit: De verschillen tussen interne en externe kwaliteitsindicatoren'. *Medisch Contact*, 57 (34).
- Berwick, D.M. & L.L. Leape. 1999. 'Reducing errors in medicine'. *Quality and Safety in Health Care* 8 (3): 145-6.
- Borst-Eilers, E. 1997. 'Besluit functionele zelfstandigheid'. *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, Jaargang 1997* (29-10-1997).
- Bruijn, J.A. de. 2002. Outputsturing in publieke organisaties. *Management & Organisatie* (3), 5-21.
- Bruijne, de M.C., M. Zegers, L.H.F. Hoonhout, C. Wagner. 2007. *Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen* [internet]. EMGO Instituut en NIVEL, 2007 [aangehaald 18-06-2007]. Bereikbaar op <http://www.nivel.nl/pdf/onbedoelde-schade-in-nederlandse-ziekenhuizen-2007.pdf>
- Buijsen, M.A.J.M. 2000 'Richtsnoeren voor artsen; hun toepassing in de rechtspraak', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, nr. 1, p. 19-33.
- Carpentier. 1987. *Wat is communicatie?* [internet]. 1987 [aangehaald 14-05-2007]. Bereikbaar <http://www.angelfire.com/vt2/coaching/Wat%20is%20communicatie.htm>
- (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg) 2005. *Verpleegkundige niet verantwoordelijk voor tekortschietende verslaglegging, zaaknummer 2004.085*

- [internet]. Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging, 01-11-2005 [aangehaald 31-01- 2007]. Bereikbaar op <http://www.levv.nl/tuchtrecht/uitspraken/uitspraak.php?id=45>
- (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg) 2004. *Beslissing in de zaak onder nummer 2004/230 van een kinderarts tegen Inspecteur voor de Gezondheidszorg* [internet]. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2004 [aangehaald 31-01-2007]. Bereikbaar op <http://www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl/>
- (Commissie kwalificatiestructuur) 1996. *Gekwalificeerd voor de toekomst* [internet]. Eindrapport: Ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, juni 1996 [aangehaald 03-02-2007]. Bereikbaar op <http://www.hbo-verpleegkunde.nl/doc/gekwalificeerd.pdf>
- Es, R. van. 2004. *Communicatie en ethiek: organisaties en publieke verantwoording*. Uitgeverij Boom, 2004 [aangehaald 16-04-2007]. Bereikbaar op <http://books.google.nl/books?id=kgPE19DJO8kC&pg=PA197&ots=M0LNMfo-UK&dg=vormen+van+communicatie&sig=BoTdkWASE9IViUbNAJ-Nn1MkE3E>
- Freidson, E. 2001. The Assault on Professionalism. In E. Freidson (Ed.), *Professionalism: The third logic* (pp. 179-169). Cambridge & Oxford: Polity.
- Gevers, J.K.M. 1998. 'Medische beslissingen in teamverband: zorgvuldigheid en aansprakelijkheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 142, nr. 14, 804-808.
- (GGZ beleid) 1997. *Kwaliteitsjaarslag* [internet]. Inspectie voor de Gezondheidszorg, 15-03-1997 [aangehaald 08-02-2007]. Bereikbaar op http://www.ggzbeleid.nl/pdfkwaldo/IGZ_circ_kwalverslagen_1997.pdf
- Glissenaar, F. 2006. AVVV adviseert over voorbehouden handelingen. In: *Nursing*, 04-07-2006 [aangehaald 11-06-2007]. Bereikbaar op http://www.nursing.nl/home/id109-9902/avvv_adviseert_over_voorbehouden_handelingen.html
- Harteloh P.P.M. & A.F. Casparie. Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke beandering naar een bedrijfskundige aanpak. Elsevier/ De Tijdstroom / Maarssen 1998, hoofdstuk 1, pagina 15-35.

Hentenaar, F. 2003. 'Patiënten over fouten in medische informatie overdracht, een verkennend onderzoek'. *Rapport, TNS NIPO Healthcare / ISO 9001*

Hubert, S. 2001. 'Voelt u zich al professional? De verpleging professionaliseert en eist haar territorium op. Hoe ver zijn we op weg naar de status van professie?' *Nursing*, 2001; (5): p.14-19.

Hulst, E.H. & Kerff R. 1998. 'Patiëntenrechten en transmurale zorg; wie is verantwoordelijk jegens de patiënt?' *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, nr. 8, 485-500.

(Inspectie voor de gezondheidszorg) 2004. *Staat van de Gezondheidszorg 2004* [internet]. Staatstoezicht op de volksgezondheid; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 12-2004 [aangehaald 04-02-2007]. Bereikbaar op http://www.igz.nl/34044/2004_Staat_van_de_gezondhei1.pdf

(Inspectie voor de gezondheidszorg) 2006. *Staat van de Gezondheidszorg 2006: Patiënt en recht; de rechtspositie van de patiënt goed verzekerd?* [internet]. Staatstoezicht op de volksgezondheid; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 09-2006 [aangehaald 04-02-2007]. Bereikbaar op http://www.igz.nl/15451/106463/Samenvatting_Staat_van_de_G1.pdf

(Inspectie voor de gezondheidszorg) 2007. *Geschiedenis* [internet]. Staatstoezicht op de volksgezondheid; Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2007 [aangehaald 23-07-2007]. Bereikbaar op <http://www.igz.nl/organisatie/geschiedenis>

(Inspectie voor de gezondheidszorg) 2007. *Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming* [internet]. Onderzoek van de Inspectie van de Gezondheidszorg, 2007 [aangehaald 18-06-2007]. Bereikbaar op http://www.igz.nl/15451/475693/2007-02_Rapport_Preoperatie1.pdf

Kleingeld, C.P. 1996. *Verantwoordelijke verpleging: heeft de verpleegkundige een eigen beroepsverantwoordelijkheid?* Den Haag: CIP-gegevens Koninklijke Bibliotheek (Proefschrift Universiteit van Utrecht).

Kinderarts 1. 2007. Persoonlijke communicatie tijdens een interview in maart 2007 in het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam

Kinderarts 2. 2007. Persoonlijke communicatie tijdens een interview in maart 2007 in het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam

Kinderverpleegkundige 1. 2007. Persoonlijke communicatie tijdens een interview in maart 2007 in het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam

Kinderverpleegkundige 2. 2007. Persoonlijke communicatie tijdens een interview in maart 2007 in het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam

Krogt, P.W.M. van der & C.W. Vroom. 1995. *Organisatie is beweging* Utrecht: Uitgeverij Lemma BV (derde druk)

Lamb, R. 2004. 'Open, honest, and timely disclosure should be the only approach to medical error'. *Quality and Safety of Health Care* 2004; 13: 3-5.

Legemaate J. 1995. De zorg van een goed hulpverlener in relatie tot de professionele standaard. In: J. Legemaate (red.), *De WGBO: van tekst naar toepassing*. Bohn Stafleu Van Loghum.

Leistra E, S. Liefhebber, M. Geomini & H. Hens. *Beroepsprofiel van verpleegkundigen*. Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn en Landelijk Centrum Verpleging en verzorging. Maarssen: Elsevier/ De Tijdstroom, 1999.

(Medisch Contact) 2004. 'Patiëntveiligheid ver onder de maat'. *Medisch contact* 46, 12 november 2004.

Meijerink, Y. 2003. *Werken aan verbetering: ziekenhuizen gaan presentaties openbaar maken* [internet]. Medisch contact, 03-10-2003 [aangehaald 04-02-2007]. Bereikbaar http://medischcontact.artsennet.nl/content/dossiers/237043755/55361/AMGATE_605_9_138_TICH_R11314912744542/

(Ministerie van VWS) 2006. *Kwaliteitswet Zorginstellingen* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006 [aangehaald 04-02-2007]. Bereikbaar op http://www.hulpqids.nl/wetten/wet_kwaliteit Zorg.htm

(Ministerie van VWS) 2006. *Kwaliteit van zorg / Inspectie* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2006 [aangehaald 04-02-2007]. Bereikbaar op www.minvws.nl

(Ministerie van VWS) 2007. *Antwoorden op kamervragen van Agema over een moeder van vier kinderen die tot drie keer toe medische blunder heeft overleefd* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 14-05-2007 [aangehaald 31-05-2007]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2007/antwoorden-op-kamervragen-van-agema-over-een-moeder-van-vier-kinderen-die-tot-drie-keer-toe-medische-blunder-heeft-overleefd.asp>

(Ministerie van VWS) 2007. *Antwoorden op kamervragen van Schippers over de patiëntveiligheid in ziekenhuizen* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en sport, 17-05-2007 [aangehaald 31-05-2007]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/kamerstukken/cz/2007/antwoorden-op-kamervragen-van-schippers-over-de-patintveiligheid-in-ziekenhuizen.asp>

(Ministerie van VWS) 2007. *Klink wil helpt minder missers* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 15-05-2007 [aangehaald 31-05-2007]. Bereikbaar <http://www.minvws.nl/dossiers/veranderingen-in-de-zorg-2006/nieuwsberichten/helpt-minder-missers.asp>

(Ministerie van VWS) 2007. *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG)* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 12-05-2007 [aangehaald 24-05-2007]. Bereikbaar op http://www.hulp.gids.nl/wetten/wet_big.htm

(Ministerie van VWS) 2007. *Ziekenhuizen moeten werken aan patiëntveiligheid* [internet]. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 25-04-2007 [aangehaald 31-05-2007]. Bereikbaar op <http://www.minvws.nl/dossiers/veranderingen-in-de-zorg-2006/nieuwsberichten/ziekenhuizen-patintveiligheid.asp>

(NVK) 2005. *NVK neemt Gronings Protocol over* [internet]. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 01-07-2005 [aangehaald 07-06-2007]. Bereikbaar op http://www.nvk.pedinet.nl/pdfs/persbericht_nv_k_010705.pdf

Oorschot, J.A. van ea. 1995. *Professionele autonomie van de medisch specialist*. Assen: Van Gorcum. [1995]

(Orde van Medisch Specialisten) 2007. *2 op de 100 ziekenhuispatiënten krijgt te maken met vermijdbare schade* [Internet]. Artsennet.nl, 25-04-2007 [aangehaald 26-04-2007].

Bereikbaar op

http://orde.artsennet.nl/content/articles/9065/AMGATE_6059_397_TICH_R19210434_3383133/

Peeperkorn, M. & Vermeulen, M. 2007. 'Vaak dekken artsen elkaar'. *Volkskrant* Donderdag 26 april 2007: 3.

(Platform Patiëntveiligheid) 2005. *Safety First project op IC Kinderziekenhuis*. Platform Patiëntveiligheid, 2005 [aangehaald 06-06-2007]. Bereikbaar op

http://www.platformpatientveiligheid.nl/kennisartikel.php?idkennisartikel=oc43au6wko3dh92fztab1wup&id_cate=21&id_scate=51

(Regionaal Tuchtcollege Amsterdam) 2006. *Patiënt overleden door toediening onjuiste medicatie* [internet]. Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging, 03-01-2006 [aangehaald 31-01-2007]. Bereikbaar op

<http://www.levv.nl/tuchtrecht/uitspraken/uitspraak.php?id=44>

(Regionaal Tuchtcollege Zwolle) 2007. *Ondeugdelijk protocol en onvoldoende overleg met arts* [internet]. Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging, 11-01-2007 [aangehaald 24-05-2007]. Bereikbaar op

<http://www.levv.nl/tuchtrecht/uitspraken/uitspraak.php?id=61>

Reijssen, P.P.M. van. 1999. *Medisch professionele autonomie en gezondheidsrecht*. Lelystad: Uitgeverij Koninklijke Vermande (Proefschrift Katholieke Universiteit van Nijmegen). [1999]

Roodbol, P. 2005. 'Domeinstrijd. Bungelen tussen dokter en verpleegkundige'. In *Triakel 2* (Uitgave van het Universitair Medisch Centrum Groningen, april 2005). Bereikbaar op <http://www.umcg.nl/cms/store/pdf/domeinstrijd.pdf>

(RVZ) 2002. *Taakherschikking in de gezondheidszorg* (No. 02/17). Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

- (Samenwerken tussen organisaties) 2007. *Wat is samenwerken?* [internet]. Samenwerken tussen organisaties, 14-05-2007 [aangehaald 14-05-2007]. Bereikbaar op <http://www.samenwerkentussenorganisaties.nl/Oversamenwerken/Watissamenwerken/tabid/75/Default.aspx>
- Schnee, E. van der & D. Delnoij. 2005. 'Dokter geniet nog steeds aanzien'. *Zorgvisie*, 2005; 8: 28-29.
- Speet M. & A.L. Francke. 2004. *Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk*. [Internet] NIVEL 2004 [aangehaald 24-05-2007] Bereikbaar op <http://www.nivel.nl/pdf/individuele-professionalisering-verpleegkundigen2.pdf>
- Stoopendaal, A. 2006. Persoonlijke communicatie tijdens een hoorcollege op 27 september 2006.
- The, B.A.M. 1997. 'Miscommunicatie tussen arts, patiënt & verpleegkundige. "Heeft de dokter wel gezegd dat u niet meer beter wordt?"' *Tijdschrift Kanker*, 21 juni 1997: 3
- Westert GP & H. Verkleij. 2006. Algemeen consumentenvertrouwen. *Zorgbalans*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Kwaliteit \ Ervaringen van consumenten, 24 mei 2006 [aangehaald 08-02-2007]. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5196n26737.html
- Westert G.P. & H. Verkleij. 2006. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. *Zorgbalans*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.gezondheidszorgbalans.nl>> Kwaliteit \ Kwaliteitssystemen, 24 mei 2006 [aangehaald 08-02-2007]. Bereikbaar op http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o4937n26739.html
- Wout, I. van 't. 2004. *Interview met Inge van 't Wout, Unithoofd ICC ErasmusMc-Sophia*. Sneller Beter, 2004 [aangehaald 06-06-2007]. Bereikbaar op www.snellerbeter.nl

Bijlagen

Bijlage 1 Interviewvragen aan de artsen en verpleegkundigen

Bijlage 2 Relevante wetsartikelen

Wet op de Geneeskundige Behandelingsoveereenkomst

Wet voor Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

Kwaliteitswet Zorginstellingen

Bijlage 1 Interviewvragen aan de artsen en verpleegkundigen

Onderwerpen:

- *Werkdomein en verantwoordelijkheden*
- *Frictie tussen verdeling en uitvoering (theorie en praktijk)*
- *Patiëntveiligheid*

Werkdomein en verantwoordelijkheden

- 1) Aan arts: Heeft u het gevoel dat uw autonomie de laatste jaren is ingeperkt door de grotere rol die verpleegkundigen zijn gaan spelen?
Aan verpleegkundige: Heeft u het gevoel dat u als verpleegkundige de laatste jaren een grotere rol bent gaan spelen (professionalisering)?
- 2) Vindt u dat er een duidelijke scheiding is tussen de werkdomeinen en verantwoordelijkheden van artsen en verpleegkundigen of vindt u dat er veel overlap is?
- 3) Er is door het RIVM onderzoek gedaan naar het vertrouwen dat mensen hebben in verschillende aspecten van de gezondheidszorg. Hierin scoort samenwerking tussen hulpverleners lager dan 30%. Waarom denkt u dat dit is?

Frictie tussen (theorie en praktijk)

- 4) Hoe ziet u de gezamenlijke hulpverlening tussen artsen en verpleegkundigen: als samenwerking of als top-down aansturing?
- 5) Hoe verloopt de zorgverlening op de werkvloer? Hoe ervaart u de samenwerking met artsen / verpleegkundigen?
- 6) Waar zitten de knelpunten?
- 7) Welke afspraken zijn er gemaakt omtrent het informeren van de patiënt en het bijhouden van het medisch dossier?
- 8) Wie neemt het initiatief op momenten waarop acuut zorg nodig is?
- 9) Hoe zit het met de zelfstandigheid van verpleegkundigen? Mogen verpleegkundigen zelfstandig dingen ondernemen of is voor alles overleg met de arts nodig?
- 10) Wie is de eerste vraagbak voor patiënten en familie van patiënten?
- 11) Heeft u ervaringen met fouten in de zorgverlening als gevolg van miscommunicatie tussen artsen en verpleegkundigen?
- 12) Wat is volgens de verpleegkundige de taak van de arts/wat volgens de arts de taak van de verpleegkundige is tav patiëntenzorg?

- 13) In de Kwaliteitswet Zorginstellingen is een bepaling opgenomen die zorginstellingen verplicht calamiteiten en seksueel misbruik aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg te melden. Denkt u dat dit volledig gedaan wordt? En denkt u dat dit zorgvuldiger gedaan wordt, wanneer er geen sancties aan verbonden zijn (1 januari 2008)?

Patiëntveiligheid

- 14) Zijn er afspraken gemaakt om de veiligheid van patiënten te waarborgen?
- 15) Wat is de basis van protocollen? Wie heeft ze opgesteld en op basis waarvan: de ervaringen op de werkvloer of vanuit de optiek van de professionele autonomie?
- 16) Heeft u het gevoel dat de druk op de kwaliteit van de zorg met de ontwikkelingen van de laatste jaren is toegenomen? (meten van prestaties, druk op kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid)

Bijlage 2 Relevante wetsartikelen

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

Artikel 448

1. De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De hulpverlener licht een patiënt die de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt op zodanige wijze in als past bij zijn bevattingsvermogen.

2. Bij het uitvoeren van de in lid 1 neergelegde verplichting laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van:

- a. de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;
- b. de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt;
- c. andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;
- d. de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.

3. De hulpverlener mag de patiënt bedoelde inlichtingen slechts onthouden voor zover het verstrekken ervan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt zou opleveren. Indien het belang van de patiënt dit vereist, dient de hulpverlener de desbetreffende inlichtingen aan een ander dan de patiënt te verstrekken. De inlichtingen worden de patiënt alsnog gegeven, zodra bedoeld nadeel niet meer te duchten is. De hulpverlener maakt geen gebruik van zijn in de eerste volzin bedoelde bevoegdheid dan nadat hij daarover een andere hulpverlener heeft geraadpleegd.

Artikel 450

1. Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist.

2. Indien de patiënt minderjarig is en de leeftijd van twaalf maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, is tevens de toestemming van de ouders die het gezag over hem uitoefenen of van zijn voogd vereist. De verrichting kan evenwel zonder de toestemming van de ouders of de voogd worden uitgevoerd, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, alsmede indien de patiënt ook na de weigering van de toestemming, de verrichting weloverwogen blijft wensen.

3. In het geval waarin een patiënt van zestien jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener en een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 van artikel 465, de kennelijke opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming als bedoeld in lid 1, opgevolgd. De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.

Artikel 453

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard.

Artikel 454

1. De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.

2. De hulpverlener voegt desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe.

3. Onverminderd het bepaalde in artikel 455, bewaart de hulpverlener de bescheiden, bedoeld in de vorige leden, gedurende tien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Artikel 457

1. Onverminderd het in artikel 448 lid 3, tweede volzin, bepaalde draagt de hulpverlener zorg, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad. De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.

2. Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.

3. Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de uitvoering van de behandelingsovereenkomst op grond van de artikelen 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks achterwege.

Artikel 463

De aansprakelijkheid van een hulpverlener of, in het geval bedoeld in artikel 462, van het ziekenhuis, kan niet worden beperkt of uitgesloten.

Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg

Artikel 3

1. Er worden registers ingesteld, waarin degenen die aan de daarvoor bij en krachtens deze wet gestelde voorwaarden voldoen, op hun aanvraag worden ingeschreven, onderscheidenlijk als:

arts,

tandarts,

apotheker,

gezondheidszorgpsycholoog,

psychotherapeut,

fysiotherapeut,

verloskundige,

verpleegkundige.

2. Bij elke inschrijving worden in het register vermeld de naam, voornamen, geslacht, geboortedatum, nationaliteit en adres van de betrokkene en het nummer en het tijdstip van inschrijving.

3. Elk register wordt ingesteld en beheerd door Onze Minister.

4. De registers worden ingesteld ten einde te kunnen voldoen aan een verzoek om informatie als bedoeld in artikel 12 en ten behoeve van het toezicht op de uitvoering van de artikelen 4 en 17.

Artikel 4

1. Aan degenen die in een register ingeschreven staan, is het recht voorbehouden de in artikel 3, eerste lid, aan de hoedanigheid waarin zij ingeschreven worden, gegeven benaming als titel te voeren.

2. Het is degene wie het recht tot het voeren van een in deze wet geregelde titel niet toekomt op grond van het eerste lid, verboden deze titel, een daarop gelijkende benaming dan wel een op die titel betrekking hebbend onderscheidingsteken, aangegeven met toepassing van artikel 93 of daarmee in hoofdzaak overeenstemmend, te voeren.

3. Zolang een inschrijving in een register geschorst is, wordt de betrokkene gelijkgesteld met een niet-ingeschrevene.

4. Waar in deze wet of in daarop berustende bepalingen personen met een der in artikel 3, eerste lid, vermelde benamingen worden aangeduid, worden, voor zover niet anders blijkt, daaronder verstaan degenen die in het betrokken register ingeschreven staan.

Artikel 17

1. Het recht om een specialistentitel te voeren is voorbehouden aan degenen die zijn ingeschreven in het desbetreffende erkende specialistenregister.

2. Het is degene wie het recht tot het voeren van een krachtens deze wet erkende specialisten-titel niet toekomt op grond van het eerste lid, verboden deze titel of een daarop gelijkende benaming te voeren.

Artikel 18

Om in het desbetreffende register als arts te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen.

Artikel 19

1. Tot het gebied van deskundigheid van de arts wordt gerekend het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst.

2. In de gevallen waarin de arts bij of krachtens de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (*Stb.* 1958, 408) bevoegd is de artsnijbereidkunst uit te oefenen behoort het verrichten van handelingen op het gebied van de artsnijbereidkunst mede tot het gebied van zijn deskundigheid.

Artikel 32

Om in het desbetreffende register als verpleegkundige te kunnen worden ingeschreven, wordt vereist het bezit van een getuigschrift waaruit blijkt dat de betrokkene voldoet aan de daartoe bij algemene maatregel van bestuur gestelde opleidingseisen dan wel voor zover het betreft het diploma van een beroepsopleiding als bedoeld in de Wet educatie en beroepsonderwijs, voldoet aan de bij en krachtens die wet voor de afgifte van dat diploma gestelde vereisten.

Artikel 33

Tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige wordt gerekend:

- a. het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging;
- b. het ingevolge opdracht van een beroepsbeoefenaar op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten van handelingen in aansluiting op diens diagnostische en therapeutische werkzaamheden.

Hoofdstuk IV. Voorbehouden handelingen

Artikel 35

1. Het is degene die niet behoort tot de personen die hun bevoegdheid tot het verrichten van een handeling ontleen aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 verboden buiten noodzaak beroepsmatig die handeling te verrichten, tenzij:
 - a. zulks geschiedt ingevolge een opdracht van een persoon die zijn bevoegdheid ontleent aan het bepaalde bij of krachtens de artikelen 36 en 37 en
 - b. hij redelijkerwijs mag aannemen dat hij beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk uitvoeren van de opdracht en
 - c. hij, voor zover de opdrachtgever aanwijzingen heeft gegeven, heeft gehandeld overeenkomstig die aanwijzingen.
2. Met inachtneming van het bepaalde in het eerste lid is de opdrachtnemer bevoegd tot het verrichten van de in het eerste lid bedoelde handeling.

Artikel 36

1. Tot het verrichten van heilkundige handelingen - waaronder worden verstaan handelingen, liggende op het gebied van de geneeskunst, waarbij de samenhang der lichaamsweefsels wordt verstoord en deze zich niet direct herstelt - zijn bevoegd:
 - a. de artsen,
 - b. de tandartsen,
 - c. de verloskundigen,doch de onder *b* en *c* genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.
2. Tot het verrichten van verloskundige handelingen zijn bevoegd:
 - a. de artsen,
 - b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

3. Tot het verrichten van endoscopieën zijn bevoegd: de artsen.

4. Tot het verrichten van catheterisaties zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

5. Tot het geven van injecties zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de tandartsen,

c. de verloskundigen,

doch de onder *b* en *c* genoemde personen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

6. Tot het verrichten van punkties zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de verloskundigen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij of krachtens hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

7. Tot het brengen onder narcose zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de tandartsen, doch dezen uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

8. Tot het verrichten van handelingen, op het gebied van de individuele gezondheidszorg, met gebruikmaking van radioactieve stoffen of toestellen die ioniserende stralen uitzenden, zijn bevoegd:

a. de artsen,

b. de tandartsen,

doch uitsluitend voor zover zij voldoen aan de krachtens de Kernenergiewet (*Stb.* 1963, 82) ter zake van het gebruiken van zodanige stoffen en toestellen gestelde eisen, alsmede, voor zover het betreft tandartsen, uitsluitend voor zover het betreft handelingen, in de aanhef van

dit lid bedoeld, die overeenkomstig het bij hoofdstuk III bepaalde worden gerekend tot hun gebied van deskundigheid.

9. Tot het verrichten van electieve cardioversie zijn bevoegd: de artsen.

10. Tot het toepassen van defibrillatie zijn bevoegd: de artsen.

11. Tot het toepassen van electroconvulsieve therapie zijn bevoegd: de artsen.

12. Tot steenvergruizing voor geneeskundige doeleinden zijn bevoegd: de artsen.

13. Tot het verrichten van handelingen ten aanzien van menselijke geslachtscellen en embryo's, gericht op het anders dan op natuurlijke wijze tot stand brengen van een zwangerschap, zijn bevoegd: de artsen.

14. De personen, genoemd in het eerste tot en met dertiende lid, zijn tot het verrichten van de desbetreffende handelingen uitsluitend bevoegd voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen. De personen, genoemd in het eerste tot en met het dertiende lid, die niet voldoen aan het bepaalde in de eerste volzin, worden voor de toepassing van de artikelen 35, eerste lid, onder a, 38 en 39 aangemerkt als personen die hun bevoegdheid ontleen aan het in dit artikel bepaalde.

Artikel 38

Het is degene die zijn bevoegdheid tot het verrichten van een bij of krachtens de artikelen 36 en 37 omschreven handeling ontleent aan het bij of krachtens die artikelen bepaalde verboden aan een ander opdracht te geven tot het verrichten van die handeling, tenzij:

a. in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is aanwijzingen worden gegeven omtrent het verrichten van de handeling en toezicht door de opdrachtgever op het verrichten van de handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van een zodanig persoon voldoende zijn verzekerd en

b. hij redelijkerwijs mag aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven, in aanmerking genomen het onder a bepaalde, beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling.

Artikel 39

1. Indien een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg zulks vordert, wordt bij algemene maatregel van bestuur bepaald dat tot het gebied van deskundigheid van personen, behorende tot een der in het tweede lid genoemde categorieën, wordt gerekend het verrichten van bij de maatregel aangewezen categorieën van handelingen, behorende tot de bij of krachtens de artikelen 36 en 37 omschreven categorieën van handelingen, zonder toezicht door de opdrachtgever en zonder diens tussenkomst.

2. Ingevolge het eerste lid kunnen de volgende categorieën van personen worden aangewezen:

- a. categorieën van personen die in een bij het eerste lid bedoelde algemene maatregel van bestuur aangewezen register staan ingeschreven;
- b. categorieën van personen die een krachtens artikel 34, eerste lid, geregelde of aangewezen opleiding hebben voltooid;
- c. categorieën van personen, behorende tot de onder *a* of *b* bedoelde categorieën van personen.

Artikel 47

1. Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van:

a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:

1°. degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;

2°. degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;

3°. de naaste betrekkingen van de onder 1° en 2° bedoelde personen;

b. enig ander dan onder *a* bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

2. De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van:

arts,

tandarts,

apotheker,

gezondheidszorgpsycholoog,

psychotherapeut,

fysiotherapeut,

verloskundige,
verpleegkundige.

3. De tuchtrechtspraak wordt in eerste aanleg uitgeoefend door regionale tuchtcolleges en in beroep door een centraal tuchtcollege.

4. In geval van schorsing of doorhaling van een inschrijving in het register blijft de betrokkene ter zake van enig in het eerste lid bedoeld handelen of nalaten gedurende de tijd dat hij ingeschreven stond, aan de tuchtrechtspraak onderworpen.

Artikel 48

1. Het berechtende college kan ten aanzien van een aan de tuchtrechtspraak onderworpen persoon een van de volgende tuchtrechtelijke maatregelen opleggen:

- a. waarschuwing;
- b. berisping;
- c. geldboete van ten hoogste € 4 500;
- d. schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste één jaar;
- e. gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;
- f. doorhaling van de inschrijving in het register.

2. De maatregelen, bedoeld in het eerste lid, onder *c* en *d*, kunnen ook gezamenlijk worden opgelegd en gelden alsdan voor de toepassing van de aanhef van het eerste lid en van artikel 69, tweede lid, als één maatregel.

3. In gevallen waarin de berechting plaatsvindt met toepassing van artikel 47, vierde lid, kan, in plaats van de in het eerste lid van het onderhavige artikel, onder *f*, bedoelde maatregel, als maatregel worden opgelegd een ontzegging van het recht wederom in het register te worden ingeschreven.

4. Opgelegde geldboeten komen ten bate van de Staat. Bij het opleggen van een geldboete kunnen twee of meer termijnen worden vastgesteld, waarin zij moet worden voldaan.

5. De maatregelen van schorsing en van doorhaling van de inschrijving in het register worden vanwege Onze Minister ten uitvoer gelegd.

6. Schorsing van de inschrijving in het register kan voorwaardelijk worden opgelegd en wordt alsdan niet ten uitvoer gelegd dan nadat het college dat de maatregel heeft opgelegd, zulks heeft gelast op grond dat de betrokkene binnen een bij die oplegging te bepalen proeftijd van ten hoogste twee jaar een gestelde voorwaarde niet is nagekomen.

7. Een maatregel als bedoeld in het eerste lid, onder *c*, *d* of *f*, kan niet ten uitvoer worden gelegd zolang de beslissing waarbij hij is opgelegd, niet onherroepelijk is geworden. Een maatregel als in dat lid, onder *e*, of in het derde lid bedoeld, wordt eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing van kracht, tenzij het college, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij zijn beslissing heeft bepaald dat hij onmiddellijk van kracht wordt. Bij toepassing van het zesde lid gaat de in dat lid bedoelde proeftijd eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing in.

8. Bij het opleggen van de maatregel van doorhaling van de inschrijving kan het college tevens, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij wijze van voorlopige voorziening, schorsing van de inschrijving opleggen. Deze voorziening wordt terstond van kracht en wordt vanwege Onze Minister onverwijld ten uitvoer gelegd; de inschrijving blijft geschorst totdat de beslissing tot doorhaling van de inschrijving onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd.

9. Een tot schorsing strekkende maatregel of voorlopige voorziening wordt ten uitvoer gelegd door het plaatsen van een aantekening van de schorsing in het register overeenkomstig het bepaalde in artikel 9.

Kwaliteitswet Zorginstellingen

Hoofdstuk 1. Algemene bepaling

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

a. zorg: zorg als omschreven bij of krachtens de Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van bij algemene maatregel van bestuur aangewezen zorg;

b. instelling: het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van de zorg;

c. zorgaanbieder:

1. de natuurlijke persoon of de rechtspersoon, die een instelling in stand houdt;

2. de natuurlijke persoon of rechtspersoon, die gezamenlijk een instelling vormen;

d. Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

2. Bij algemene maatregel van bestuur kan, indien het belang van de bevordering van de kwaliteit van zorg dit vereist, een vorm van hulp worden aangewezen als zorg inde zin van deze wet.

3. Niet als instelling wordt beschouwd het organisatorisch verband waarbinnen in het kader van de binnen een ander organisatorisch verband verleende zorg een deel van die zorg wordt verleend.

4. Indien het betreft een zorgaanbieder als bedoel in het eerste lid, onder c, 2, richten de uit deze wet voortvloeiende verplichtingen zich tot ieder van de in dat onderdeel bedoelde personen.

Hoofdstuk II. Eisen

Artikel 2

De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Artikel 3

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betreft hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Voor zover het

betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.

Artikel 4

1. Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

2. Ter uitvoering van het eerste lid draagt de zorgaanbieder, afgestemd op de aard en omvang van de instelling, zorg voor:
 - a. het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
 - b. het, aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 3 leidt tot een verantwoorde zorgverlening;
 - c. het, op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zonedig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.

Artikel 4a

1. De zorgaanbieder meldt aan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar onverwijld:
 - a. iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden;
 - b. seksueel misbruik waarbij een patiënt of cliënt dan wel hulpverlener van de instelling is betrokken, uitgezonderd seksueel misbruik van hulpverleners onderling.

2. Onder calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt van de instelling heeft geleid.

3. Onder seksueel misbruik wordt verstaan grensoverschrijdend seksueel gedrag waarbij sprake is van lichamelijk, geestelijk of relationeel overwicht.

4. Onder hulpverlener wordt verstaan iedere medewerker van een instelling.

Artikel 5

1. De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft

gevoerd ter uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4 en van de kwaliteit van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend.

2. In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:

- a. of en, zo ja, op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- b. de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
- c. welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

3. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden vastgesteld met betrekking tot het verslag.

4. De zorgaanbieder zendt een afschrift van het verslag aan Onze Minister en aan de regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid, alsmede aan de organisatie die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt.

Artikel 6

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van de zorg, verleend in een bij de maatregel aangewezen categorie van instellingen, dit vereist, regels worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van de artikelen 3 en 4.

2. Indien uitvoering van de artikelen 3 en 4 overeenkomstig de op grond van het eerste lid gestelde regels niet blijkt te leiden tot verantwoorde zorg, kunnen bij algemene maatregel van bestuur tevens nadere regels worden gesteld met betrekking tot artikel 2.

Hoofdstuk III, Handhaving

Artikel 7

1. Indien Onze Minister van oordeel is dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, kan hij de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.

2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.

3. Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.

4. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister kan worden verlengd.

5. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen.

Artikel 7a

1. Het niet naleven van artikel 4a, eerste lid, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste zes maanden of geldboete van de vierde categorie.

2. Het in het eerste lid strafbaar gestelde feit is een overtreding.

Hoofdstuk IV. Toezicht

Artikel 8

1. Met het toezicht op de naleving van de bij de artikelen 2, 3, 4, 4a en 5 gestelde eisen onderscheidenlijk de krachtens artikel 7 gegeven aanwijzingen of bevelen zijn belast de hoofdinspecteurs, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid.

2. De met het toezicht belaste ambtenaren zijn bevoegd, met medeneming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner, voor zover de woning deel uitmaakt van een instelling.

Artikel 14

Onze Minister is bevoegd tot toepassing van bestuursdwang ter handhaving van de uit een krachtens artikel 7, eerste of vierde lid, gegeven aanwijzing onderscheidenlijk bevel voortvloeiende verplichtingen.