

CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID

ADVIES

inzake de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van
verpleegkundigen en leerlingverpleegkundigen in de intramurale
gezondheidszorg

uitgebracht aan

Zijne Excellentie
de Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
's-Gravenhage, 2 mei 1972.

Inleiding

In haar vergadering van 24 februari 1971 besloot de Vaste Commissie Verpleging van de Raad een werkgroep in het leven te roepen met de volgende taakopdracht:

“het geven van een inzicht in de juridische verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van verpleegkundigen en leerlingverpleegkundigen, zoals deze op dit moment in de inrichtingen van gezondheidszorg bestaan.”

Deze Werkgroep was als volgt samengesteld:

Dr. H. Festen, Voorzitter

Mw. M. van Driel Krol, verpleegkundige

G. Groenewoud, arts

Prof. Mr. J.M.M. Maeijer

Mr. W.B. van der Mijl

Mw. Chr. Post, verpleegkundige

Dr. J.F. Rang

Mw. C. de Ranitz, leerlingverpleegkundige

Mw. M.E.M. Schreurs, verpleegkundige

C.J. Six Dijkstra, arts

Mw. R.L. van Voorthuijsen, verpleegkundige

Mr. J. de Vries

Als secretarissen fungeerden Mr.J.W.Engelkes, Eerste Secretaris en M.J. Nubé, Secretaris-arts van de Raad.

De Werkgroep kwam in 1971 vijfmaal bijeen en bracht op 26 januari 1972 rapport uit aan de Vaste Commissie Verpleging van de Raad.

De Vaste Commissie behandelde het rapport in haar vergadering van 25 februari 1972 en deed op 15 maart 1972 een concept-preadvies aan het Comité van Gedelegeerden van de Raad toekomen.

Het Comité van Gedelegeerden behandelde dit stuk in zijn vergadering van 22 maart 1972 en bracht na het aanbrenge van enkele wijzigingen en aanvullingen preadvies uit aan de Raad.

De Raad behandelde het preadvies in zijn vergadering van 10 april 1972 en besloot tot het uitbrengen van het volgende advies.

1. Algemeen

In de hoofdstukken 2 en 3 van dit advies wordt eerst een overzicht gegeven van de juridische positie van de verpleegkundige en de leerlingverpleegkundige in het ziekenhuis (zowel civielrechtelijk als strafrechtelijk), zoals deze op basis van de bestaande Nederlandse wetgeving en jurisprudentie is gegroeid. Het advies beperkt zich hierbij tot de juridische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor beroepsmatige handelingen binnen het ziekenhuis. Opgemerkt zij, dat de verpleegkundige in de maatschappelijke gezondheidszorg in een analoge positie verkeert. De Raad acht het niet opportuun hierop in het kader van dit advies nader in te gaan. In gezamenlijk overleg tussen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid en de Kruisverenigingen wordt reeds getracht voor enkele actuele vraagpunten een algemene gedragslijn vast te stellen.

In hoofdstuk 4 wordt aangegeven welke concrete moeilijkheden bij dit systeem in de dagelijkse praktijk van het ziekenhuis worden ondervonden, wanneer het er om gaat de verantwoordelijkheden van de verpleegkundigen zowel in verhouding tot die van de artsen als onderling duidelijk af te bakenen.

De beroepshandelingen van de verpleegkundige, die in dit advies in beschouwing zijn genomen, kunnen globaal in de drie hierna onder a, b en c te noemen categorieën worden onderscheiden. De Raad is zich ervan bewust, dat de gemaakte indeling een kunstmatig karakter draagt en slechts kan fungeren als een theoretisch denkmodel. Het beroep van de verpleegkundige vormt uiteraard een geheel dat niet in een aantal deeltaken kan worden verdeeld. De onder a, b en c

vermelde handelingen kunnen ook niet scherp van elkaar worden onderscheiden. Er zijn overgangsvormen en soms vertoont eenzelfde handeling meer dan één aspect.

Een essentieel onderdeel van de taak van de verpleegkundige is het begeleiden en observeren van de patiënt gedurende zijn gehele verblijf in het ziekenhuis (zie hierna onder a.). Dit aspect van haar taak komt tot uiting bij elk van de beide andere categorieën van handelingen (b en c).

Beroepshandelingen van de verpleegkundige

- a. Handelingen in het kader van de continue observatie en begeleiding van de patiënt gedurende zijn gehele verblijf in het ziekenhuis.
- b. Handelingen, gericht op de verpleging en verzorging van de patiënt.
- c. Handelingen op geneeskundig terrein, die in aansluiting op de diagnostische en therapeutische activiteiten van de arts in diens opdracht worden verricht.

De juridische verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van de verpleegkundige worden in hoofdstuk 2 voor deze categorieën van handelingen afzonderlijk besproken.

Voor de juridische positie van de verpleegkundige in het ziekenhuis is in de eerste plaats van belang de Wet van 2 mei 1921 tot bescherming van het diploma voor ziekenverpleging (Stb. 1921, 702). Deze wet geeft geen omschrijving van de bevoegdheden van de verpleegkundige. Het beroep (wat dat dan ook moge inhouden) blijft voor ieder opengesteld. Slechts wordt het voeren van de titel van verpleger of verpleegster verboden aan hen, die geen wettelijk beschermd diploma bezitten.

De bij de opleiding gebruikte praktijk- en rapportenboekjes vervullen slechts de functie van "checklist" en kunnen slechts aanwijzingen geven omtrent de feitelijke bekwaamheden van de verpleegkundige en niet omtrent haar bevoegdheid. De Wet ziekenverpleging, waarop de opleidingsbeschikkingen steunen, houdt niets in omtrent de inhoud van het beroep, noch omtrent de wijze van beroepsuitoefening. Een formele bevoegdheid kan daarom aan de aantekeningen in de praktijk- en rapportenboekjes niet worden

ontleend. Zij missen elke rechtskracht, wanneer men zoekt naar criteria, die uitsluitel kunnen geven omtrent de vraag of een verpleegkundige bepaalde handelingen al dan niet mag verrichten. Aangezien omtrent de bevoegdheden van de verpleegkundige niets vaststaat, kan men ook moeilijk spreken van overschrijding van haar^{x)} bevoegdheden. Zij^{x)} kan slechts inbreuk maken op bevoegdheden, die aan een ander zijn voorbehouden (met name die van de arts). De vraag welke werkzaamheden op geneeskundig terrein in de ziekenhuispraktijk aan verpleegkundigen plegen te worden toevertrouwd, kan niet in algemene zin worden beantwoord. Tussen de verschillende ziekenhuizen bestaan in dit opzicht grote verschillen. Zelfs wordt binnen hetzelfde ziekenhuis bij de ene afdeling meer aan de verpleegkundige overgelaten dan bij een andere afdeling. Duidelijke instructies van de ziekenhuisdirecties omtrent het doen uitvoeren van medische handelingen door verpleegkundigen zijn schaars. Bij informatie bij het Bureau van de Nationale Ziekenhuisraad bleek, dat hiervoor ook geen landelijke modelinstructie bestaat. Verwonderlijk is dit niet, zolang er geen eenstemmigheid bestaat omtrent de vraag welke handelingen wèl en welke niet tot de taak van de verpleegkundige kunnen worden gerekend. In de hiernavolgende hoofdstukken 2 en 3 zal worden nagegaan in hoeverre de verpleegkundige en de leerlingverpleegkundige op grond van de bestaande wetgeving en jurisprudentie verantwoordelijk en aansprakelijk kunnen worden gesteld voor de in het kader van haar beroep verrichte handelingen.

2. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de verpleegkundige

De juridische verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de verpleegkundige dienen voor de in hoofdstuk 1 onder a, b en c vermelde soorten handelingen afzonderlijk te worden gezien.

2.1. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor de begeleiding, observatie, verpleging en verzorging van de patiënt (a en b)

Voor deze verpleegkundige handelingen draagt de verpleegkundige uit

^{x)} Eenvoudigheidshalve wordt bij de voornaamwoordelijke aanduiding van de beoefenaren van dit beroep, dat behalve door vrouwen ook door mannen wordt uitgeoefend, uitsluitend de vrouwelijke vorm gebezigd.

hoofde van haar professie een eigen verantwoordelijkheid. In principe betekent dit ook juridische aansprakelijkheid.

2.1.1. Civielrechtelijk

Wanneer tengevolge van een fout van de verpleegkundige een patiënt schade lijdt, kan naast het ziekenhuis in principe ook de verpleegkundige zelf tot vergoeding der schade worden aangesproken ex artikel 1401 van het Burgerlijk Wetboek. In de praktijk zal de gelaedeerde echter steeds het ziekenhuis aanspreken, dat uiteraard meer verhaalsmogelijkheden biedt dan de individuele verpleegkundige. Tegen de financiële gevolgen van deze z.g. werkgevers-aansprakelijkheid ex artikel 1403 B.W. plegen de ziekenhuizen zich te verzekeren. In het belang van de verpleegkundige, die de schade heeft veroorzaakt, dient daarbij het regresrecht van de verzekeraar contractueel te worden uitgesloten. Tevens zal de zelfstandige aansprakelijkheid van de verpleegkundige ex artikel 1401 B.W. moeten worden verzekerd, voorzover deze niet reeds elders gedekt is. Met de gevolgen van contractuele aansprakelijkheid zal de verpleegkundige voor wat betreft deze categorie van handelingen niet rechtstreeks geconfronteerd worden. Ervan uitgaande, dat er tussen patiënt en ziekenhuis een contractuele relatie bestaat, zal een actie terzake van wanprestatie, bestaande in onzorgvuldige verpleging, tengevolge waarvan de patiënt schade lijdt, tot het ziekenhuis gericht moeten worden. De verpleegkundige immers moet juridisch worden beschouwd als hulppersoon bij het leveren van een prestatie door het ziekenhuis aan de patiënt. Van de in concreto bestaande publiekrechtelijke dan wel privaatrechtelijke arbeidsverhouding tussen ziekenhuis en verpleegkundige hangt af of het ziekenhuis de aan de patiënt toegekende schadevergoeding geheel of gedeeltelijk op de verpleegkundige zal kunnen verhalen. Overigens volgt uit de strekking van het arrest van de Hoge Raad van 26 juni 1959 N.J. 1959,551, dat de aard van de arbeidsovereenkomst tussen ziekenhuis en verpleegkundige meebrengt, dat het ziekenhuis zelf de gevolgen moet dragen van geringe fouten, die de verpleegkundige bij haar werkzaamheden begaat. Niet de gevolgen van elke fout, hoe gering ook, zullen op de verpleegkundige kunnen worden verhaald.

In verband met het vorenstaande is het naar de mening der Commissie dringend gewenst, dat de ziekenhuizen zich voldoende verzekeren tegen de financiële gevolgen zowel van de eigen wettelijke en contractuele aansprakelijkheid als van die van het aan het ziekenhuis ondergeschikte verplegend personeel, waarbij het regresrecht van de verzekeraar dient te worden uitgesloten.

2.1.2. Strafrechtelijk

Wanneer er sprake is van ernstige tekortkomingen kan de verpleegkundige strafrechtelijk worden vervolgd wegens het veroorzaken van dood dan wel lichamelijk letsel door schuld (art. 307 en 308 Wetboek van Strafrecht).

Blijkens recente jurisprudentie mag bij tekortkomingen in de medische sfeer niet te snel tot aanwezigheid van strafrechtelijk verwijtbare schuld worden geconcludeerd.

Naar de mening van de Raad bestaat naast het strafrecht behoefte aan een tuchtrecht voor verpleegkundigen. Tussen een in de persoonlijke sfeer diep ingrijpende veroordeling terzake van de misdrijven van de artikelen 307 en 308 W.v.S., waarvoor aanwezigheid van zware schuld vereist is enerzijds en straffeloosheid anderzijds, ontbreken thans alle mogelijkheden tot een meer genuanceerd systeem van correcties, waarin het tuchtrecht zou kunnen voorzien.

2.2. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid voor handelingen op geneeskundig terrein (hoofdstuk 1, punt c).

Vooraf op dit terrein bestaat grote onzekerheid omtrent de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van de verpleegkundige. Zoals in hoofdstuk 1 reeds werd opgemerkt, staat omtrent de bevoegdheden van de verpleegkundige op geneeskundig terrein wettelijk niets vast. Afgezien van de beperkte bevoegdheden van de tandarts, de vroedvrouw en de fysiotherapeut, berust de volledige bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst bij uitsluiting bij de arts.

Zelfstandige uitoefening van de geneeskunst door anderen is strafbaar, indien dit bedrijfsmatig en buiten noodzaak geschiedt (art. 1 van de Wet tot regeling van de uitoefening der Geneeskunst van 1865 (Stb. 60) j° art. 456 Wetboek van Strafrecht).

Voor wat verpleegkundigen, semi-artsen, studenten e.d. betreft, die op medisch terrein werkzaam zijn, volgt de rechtspraak de opvatting, dat hier geen sprake is van zelfstandige uitoefening van de geneeskunst. Voorzover deze personen geneeskundige handelingen verrichten, doen zij dit als "verlengde arm" van de arts, die zelf verantwoordelijk blijft.

Illustratief is in dit verband het arrest van de Hoge Raad van 4 november 1952 (N.J. 1953, nr. 149). Deze uitspraak betrof een semi-arts. Deze had aan een vrouw, die last had van winterhanden en zich te dier zake om geneeskundige raad en bijstand tot hem had gewend, ter bestrijding van haar kwaal geneeskundige bijstand verleend, "hebbende hij meerdere malen tegen het vooruitzicht van betaling, voormeld vrouwspersoon lever- en/of mierenzuurinjecties toegediend". De semi-arts beriep zich erop, dat het bewezenverklaarde niet oplevert overtreding van art. 436 W.v.S. j^o art. 1 van de Wet van 1865, daar het toedienen van de in de bewezenverklaring vermelde injecties geoorloofd is aan de in het middel vermelde groepen van personen (o.a. semi-artsen, medische studenten, (wijk)verpleegsters) en niet uitsluitend is voorbehouden aan diegenen, die tot het beroep van geneeskundige zijn toegelaten.

Aan de Conclusie van de Advocaat-Generaal bij dit arrest is het volgende ontleend:

"Indien al insputingen kunnen en mogen worden gegeven door anderen dan tot uitoefening der geneeskunst bevoegden, dan is dit toch ingevolge de duidelijke strekking van de Wet van 1865 uitsluitend toegelaten in die zin, dat deze eerstbedoelde personen dit uitsluitend mogen doen als handlangers van de tot de uitoefening der geneeskunst bevoegde, tot wien de patiënt zich heeft gewend, of die de patiënt ter behandeling onder zich heeft gekregen. Slechts ingevolge zijn diagnose na onderzoek door hem van de patiënt en zijn beslissing, dat injecties dienen te worden gegeven, mogen zij, die niet tot de uitoefening der geneeskunst bevoegd zijn, tot die manipulaties overgaan in opdracht van en dus als uitsluitend verlengstuk van de na onderzoek van de patiënt denkende en beslissende en dus geneeskundige raad en bijstand verlenende arts. Bewezen is verklaard, dat de patiënt zich met haar kwaal tot rekwirant

heeft gewend om geneeskundige raad en bijstand ter bestrijding van de kwaal en dat hij haar toen geneeskundige, nader omschreven bijstand heeft verleend”.

De Hoge Raad sprak zich hieromtrent als volgt uit:

“De stelling, waarop de klacht van rekwirant berust, is in haar algemeenheid onjuist. Indien het aan bepaalde groepen van personen (o.m. semi-artsen, medische studenten en (wijk)verpleegsters) geoorloofd is onder zekere omstandigheden bedoelde injecties toe te dienen, waarbij te denken valt aan het handelen onder onmiddellijk toezicht van een bevoegde arts, dit neemt niet weg, dat het in strijd is met het bepaalde in art. 1, eerste lid, van de Wet van 1865, dat deze personen zelf deze geneeskundige bijstand als bedrijf verlenen, gelijk in de bewezenverklaring aan rekwirant wordt verweten, daar zulks oplevert uitoefening der geneeskunst in de zin van deze bepaling en hun de bevoegdheid daartoe niet volgens de wet is verleend”.

In dit arrest aanvaardt de Hoge Raad impliciet de constructie van de “verlengde arm”. Degene, die als zodanig optreedt, oefent niet zelf de geneeskunst uit. Dit doet de voor het optreden van de hulpkracht verantwoordelijke arts. Het werk van de verpleegster, die uitsluitend hulphandelingen verricht, ligt niet op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst.

Aldus ook reeds de Rechtbank Amsterdam (23 april N.J. 1923, blz. 1087): “Het behoort niet tot het beroep van de ziekenverpleegster genees-, heel- of verloskundige raad of bijstand te verlenen”.

De juridische verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor handelingen op geneeskundig terrein kan op basis van de vigerende wetgeving en de jurisprudentie althans in theorie duidelijk worden aangegeven.

Onderscheid dient te worden gemaakt tussen de indicatiestelling door de arts en het participeren in en medeverantwoordelijkheid dragen voor geneeskundige uitvoeringshandelingen door de verpleegkundige. De verpleegkundige, die zelfstandig en op eigen initiatief buiten noodzaak geneeskundige handelingen zou verrichten, zou zich uiteraard schuldig maken aan onbevoegde uitoefening der geneeskunst en hiervoor de volle verantwoordelijkheid moeten dragen.

In de dagelijkse praktijk van het ziekenhuis is het echter minder eenvoudig de verantwoordelijkheden te localiseren. In hoofdstuk 4 zal hierop nader worden ingegaan.

2.2.1. Civiele aansprakelijkheid

In principe is de arts zelf verantwoordelijk en aansprakelijk voor de schade, wanneer dood of lichamelijk letsel wordt veroorzaakt door het toepassen van een medische handgreep door een verpleegkundige, die in zijn opdracht deze handgreep uitvoert. Hetzelfde geldt wanneer in opdracht van de arts bepaalde handelingen worden nagelaten. Deze aansprakelijkheid kan ook voortvloeien uit het geven van onvolledige of onvoldoende duidelijke instructies door de arts. Wanneer echter kan worden vastgesteld, dat de in opdracht handelende verpleegkundige bij de uitvoering van de opdracht een fout heeft gemaakt, die haar kan worden toegerekend (bv. foutieve dosering of technisch onverantwoorde uitvoering), dan kunnen het ziekenhuis en de verpleegkundige zelf voor de hierdoor ontstane schade worden aangesproken. Zie hiervoor punt 2.1.1. (civiele aansprakelijkheid voor verpleegkundig handelen). Bij het sluiten van een verzekering tegen de financiële gevolgen van deze aansprakelijkheid zullen de ziekenhuizen ook het z.g. regresrecht van de verzekeraar dienen uit te sluiten.

2.2.2. Strafrechtelijke aansprakelijkheid

Wanneer de verpleegkundige bij de uitvoering van een haar opgedragen geneeskundige handeling een ernstige fout maakt, kan zij evenals terzake van ernstige fouten op verpleegkundig terrein (zie punt 2.1.2.), worden vervolgd wegens het veroorzaken van dood of lichamelijk letsel door schuld (artikelen 307 en 308 Wetboek van Strafrecht)¹⁰^{x)}.

Blijkens de jurisprudentie moet hier sprake zijn van een ernstige mate van schuld. De verpleegkundige moet aanmerkelijk zijn tekortgeschoten 'voor wat betreft haar plicht de nodige oplettendheid te betrachten en zich hebben schuldig gemaakt aan grove onoplettendheid, wil er sprake zijn van schuld in de zin van

^{x)} Volledigheidshalve zij nog vermeld, dat er bij opzettelijk handelen sprake zou zijn van doodslag (art. 287 S.) c.q. mishandeling (art. 300 S.).

artikel 307 Wetboek van Strafrecht.

Uiteraard doet zich ook hier het reeds eerder gesignaleerde gemis aan een specifiek tuchtrecht voor verpleegkundigen gevoelen (zie punt 2.1.2.; strafrechtelijke aansprakelijkheid bij verpleegkundig handelen).

3. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van de leerlingverpleegkundige

Uit de wettelijke regeling op zich vloeit geen verschil in aansprakelijkheid voort tussen de verpleegkundige en de leerlingverpleegkundige. Noch de Wet van 1921 tot bescherming van het diploma voor ziekenverpleging, noch de opleidingsregelingen bevatten voorschriften omtrent handelingen, die een leerlingverpleegkundige - al dan niet zelfstandig - zou mogen verrichten. Evenmin dwingt de Wet op de uitoefening der geneeskunst tot de opvatting, dat slechts een gediplomeerde verpleegkundige als "verlengde arm" van de arts zou mogen optreden.

Naar gelang van het opleidingsstadium en de verworven kennis en ervaring is er bij de leerlingverpleegkundigen sprake van gradaties van bekwaamheid, waarmede bij het geven van opdrachten rekening zal moeten worden gehouden. Uiteraard zal de rechter bij het bepalen van de omvang van de schuld en de strafmaat rekening houden met factoren als deze, die van invloed zijn op de mate, waarin in concrete situaties aan de leerlingverpleegkundigen een verwijt kan worden gemaakt.

De Raad merkt nog op, dat ook bij de (leerling)ziekenverzorgster de problematiek van de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid aan de orde zal kunnen komen, wanneer haar wordt opgedragen handelingen te verrichten, die op verpleegkundig of zelfs op geneeskundig terrein zouden liggen. Met vooropstelling van de eigen plaats, die de ziekenverzorgster in de gezondheidszorg zal innemen, zal hieraan nog nader aandacht moeten worden besteed.

4. Moeilijkheden, die zich in de praktijk van het ziekenhuis voordoen met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en de leerlingverpleegkundige

4.1. Algemene oorzaken

Sinds het gebruik van technische hulpmiddelen en vaak gecompliceerde medische apparatuur in de ziekenhuizen sterk is toegenomen, is behalve de taak van de artsen ook die van de verpleegkundigen uitgebreid en verzwaard. Vooral de ontwikkelingen van de laatste tijd hebben hier sterk toe bijgedragen. In het bijzonder kan hier worden gewezen op het werk in intensive care units, nierdialysecentra, cardiocare-afdelingen e.d. Het betreft hier een duidelijke uitbreiding van de taak van de verpleegkundige op medisch terrein. Veranderingen in de therapie en de wijze van toediening van geneesmiddelen hebben er eveneens toe geleid, dat de taak en de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige is verzwaard. Gaf de verpleegkundige in de dertiger jaren nog slechts subcutane injecties, na de tweede wereldoorlog, toen intramusculair toe te dienen antibiotica werden geïntroduceerd, ging tot de taak van de verpleegkundige ook het geven van intramusculaire injecties behoren. Thans worden ook intraveneuze injecties en infusen veelvuldig door verpleegkundigen toegediend.

Ook op het terrein van de observatie, begeleiding, verzorging en verpleging, waar van specifiek geneeskundig handelen geen sprake is, zijn de taak en de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige mede door het chronische personeelstekort vooral in de gelederen van de gediplomeerden aanzienlijk zwaarder geworden.

In het algemeen kan worden gesteld, dat de zwaarte van de taak van de verpleegkundige, die in het kader van het observeren en begeleiden van de patiënt gedurende diens gehele verblijf in het ziekenhuis een belangrijk aandeel heeft in de totale zorg voor de patiënt, aanzienlijk is toegenomen.

In de praktijk uit zich dit op velerlei wijze. Door overbelasting wordt uiteraard het maken van fouten in de hand gewerkt.

Begrijpelijk is, dat men zich onder deze omstandigheden in de kringen van de verpleegkundigen meer dan voorheen is gaan afvragen hoe in concrete situaties de verantwoordelijkheden in het ziekenhuis liggen.

De constructie, dat de verpleegkundige op medisch terrein als "verlengde arm" van de arts werkzaam is, is in vele gevallen een fictie. Van toezicht door een arts is vooral in de late diensten en

's nachts vaak nauwelijks sprake. Het komt nogal eens voor, dat dan slechts enkele leerlingen op een afdeling aanwezig zijn. Een gediplomeerde kracht ontbreekt, laat staan het hoofd van de afdeling. 's Nacht zijn er in sommige ziekenhuizen slechts één nachthoofd en enkele gediplomeerden beschikbaar, die alle bijzondere gebeurtenissen moeten opvangen. Vooral organisatorisch is het een probleem hoe men in de nachtelijke uren en in de weekends tijdig de hulp van een arts en voldoende opgeleid verpleegkundig personeel kan inroepen. Hiervoor zal een deugdelijke regeling moeten worden getroffen.

De "verlengde arm" wordt wel ver uitgerekt: de behandelend arts geeft zijn instructies aan het hoofd van de afdeling, die op haar beurt de verpleegkundigen weer aanwijzingen geeft om bepaalde concrete handelingen, zoals het geven van injecties, te verrichten. Kan men nog stellen, dat de leerlingverpleegkundige die uiteindelijk de handeling uitvoert, dit doet in opdracht en onder toezicht van de behandelend arts, die op dat moment misschien zelf niet in het ziekenhuis aanwezig is?

Omdat, zoals in punt 2.2. is uiteengezet, de verpleegkundige op geneeskundig terrein juridisch geen zelfstandige, eigen bevoegdheden heeft, bestaat er grote onzekerheid omtrent de vraag welke handelingen aan de verpleegkundige mogen worden opgedragen en welke de arts per se zelf zal moeten verrichten. Dit spitst zich toe, naarmate de medische techniek zich steeds meer uitbreidt en verdiept en het aantal technische hulpmiddelen groter wordt. Men denke aan de intensive care units.

Een aantal van deze omstreden handelingen worden hieronder vermeld:

- het inbrengen en overschakelen van infusen
- het geven van intraveneuze injecties
- het injecteren in de slang van een lopend infuus
- het toepassen van hartmassage
- het bedienen van een beademingstoestel
- het geven van narcose
- het defibrilleren bij hartpatiënten
- het toepassen van bronchiaal toilet
- het optreden bij acute, ernstige psychische stoornissen.

In hoeverre is de verpleegkundige verantwoordelijk te stellen,

wanneer zij bij de uitvoering van deze riskante verrichtingen een fout maakt? Waar liggen de grenzen? Waar houdt de verantwoordelijkheid van de arts op en begint die van de verpleegkundige (en omgekeerd)?

Het is duidelijk, dat in de praktijk de verantwoordelijkheid en de daaruit voortvloeiende aansprakelijkheid van de verpleegkundige voor handelingen op geneeskundig terrein vaak moeilijk is vast te stellen.

De werkgroep, die dit advies heeft voorbereid, heeft een aantal praktijksituaties nader in beschouwing genomen. Als resultaat hiervan kunnen de voornaamste knelpunten, die zich in het huidig` bestel voordoen, worden aangegeven.

4.2. Knelpunten met betrekking tot de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor het observeren en begeleiden van de patiënt

De verpleegkundige dienst in het ziekenhuis heeft een specifieke taak bij het waarborgen van de continuïteit van de zorg voor de patiënt. De plicht tot het voortdurend observeren van de patiënt brengt voor de verpleegkundige een grote verantwoordelijkheid met zich.

Hierbij doet zich de vraag voor in hoeverre de verpleegkundige verantwoordelijk kan worden gesteld, wanneer zij bepaalde verschijnselen over het hoofd ziet of als niet belangrijk onvermeld laat.

De Raad is van mening, dat de verpleegkundige verantwoordelijkheid draagt voor het observeren van de patiënt. Dit houdt echter niet in, dat het niet signaleren van bepaalde verschijnselen, die later van belang blijken te zijn geweest, haar steeds zal kunnen worden aangerekend.

Aan de verpleegkundige zal slechts een verwijt kunnen worden gemaakt, wanneer zij iets niet meldt, dat een gemiddelde verpleegkundige in vergelijkbare omstandigheden redelijkerwijs wèl zou hebben gemeld. Het zal echter in het algemeen niet als excuus kunnen worden aanvaard, wanneer de verpleegkundige verklaart, dat zij niet wist of bepaalde verschijnselen al dan niet van belang waren. In dat geval rust op haar de plicht overleg te plegen. Uiteraard zal zij niet alles wat van het normale patroon afwijkt

kunnen signaleren. Van geval tot geval zal moeten worden gezien of de verpleegkundige enig verwijt treft. Bestaat hieromtrent twijfel, dan kan er van grove schuld geen sprake zijn, hetgeen veroordeling door de strafrechter praktisch uitsluit.

4.3. Knelpunten bij het verpleegkundig handelen in engere zin

De Raad gaat er van uit, dat de verpleegkundige voor wat betreft het niet specifiek op geneeskundig terrein liggende deel van haar taak een eigen verantwoordelijkheid heeft.

In de praktijk van het ziekenhuis doet zich nogal eens de moeilijkheid voor dat de verpleegkundige zonder meer moet voldoen aan opdrachten van de medicus, die betrekking hebben op de wijze van verzorging en verpleging van de patiënt, ook wanneer zij op grond van haar specifieke kennis en ervaring op dit terrein de overtuiging heeft, dat de gegeven opdracht niet in het belang van de patiënt is. In hoeverre is zij verantwoordelijk en wellicht aansprakelijk, wanneer de patiënt tengevolge van het uitvoeren van de opdracht schade lijdt?

De Raad acht het niet aanvaardbaar, dat de verpleegkundige op dit terrein zonder meer zou moeten fungeren als uitvoerster van de opdrachten van de arts.

Wanneer het meningsverschil niet kan worden overbrugd en de directrice of degene, die haar vervangt, niet onmiddellijk voor overleg beschikbaar zijn, zal naar de mening van de Raad, wanneer het louter verpleegkundige handelingen betreft, de verpleegkundige naar eigen inzicht moeten kunnen handelen. Deze gevallen zullen hierna zo spoedig mogelijk aan de directie van het ziekenhuis moeten worden voorgelegd. In afwachting hiervan zal de verpleegkundige als medewerkster van de verpleegkundige dienst van het ziekenhuis vanuit haar eigen deskundigheid en verantwoordelijkheid kunnen weigeren opdrachten van de arts op verpleegkundig terrein terstond uit te voeren, wanneer dit naar haar inzicht als verpleegkundige in strijd zou zijn met het belang van de patiënt.

In de gevallen, waarin de grens tussen verpleging in engere zin en de medische behandeling moeilijk te trekken is (men denke bv. aan de verzorging van patiënten met decubitus), zal bij meningsverschillen betreffende handelingen in dit grensgebied het oordeel van de arts

de doorslag moeten geven. De patiënt die zich aan een bepaalde arts heeft toevertrouwd, zal niet anders verwachten, dan dat de door hem gekozen arts in dergelijke gevallen de beslissing neemt. De verpleegkundige zal alsdan de gegeven opdracht moeten uitvoeren. Zij zal echter later in de gelegenheid gesteld moeten worden haar zienswijze bij de directie naar voren te brengen.

4.4 Knelpunten voor wat betreft de verantwoordelijkheid voor handelingen op geneeskundig terrein

De Raad constateert, dat tengevolge van de ontwikkelingen op medisch-technisch terrein en de toeneming van het aantal taken in de ziekenhuizen een verschuiving is opgetreden in de taak van de verpleegkundige, waardoor zij steeds meer handelingen op geneeskundig terrein gaat verrichten. De vraag is of hieraan een grens moet worden gesteld en zo ja, waar deze zou moeten liggen. Naar de mening van de Raad betreft het hier een probleem, dat een afzonderlijke studie zou vergen.

Het moet uitgesloten worden geacht, dat alle geneeskundige handelingen nog door de arts zelf zouden kunnen worden verricht. Onderscheid dient te worden gemaakt tussen het stellen van de indicaties voor het geneeskundig handelen, resulterend in bepaalde opdrachten en de daadwerkelijke uitvoering van deze opdrachten. Voor de indicatiestelling is de arts uiteraard volledig verantwoordelijk. Naar de mening van de commissie wordt nog te weinig ingezien, dat de arts ook verantwoordelijk is voor het geven van de opdracht. Voor het feit, dat hij bepaalde geneeskundige handelingen delegeert, draagt hij de verantwoording. Hij zal slechts mogen delegeren, wanneer hij de overtuiging heeft, of redelijkerwijs mag verwachten, dat degene, aan wie hij delegeert, de opgedragen handelingen op de juiste wijze zal verrichten. Dit geldt eveneens voor het hoofd van de afdeling, die op haar beurt bepaalde opdrachten aan andere verpleegkundigen doorgeeft.

De met de uitvoering belaste verpleegkundige zal de arts c.q. het hoofd van de afdeling erop moeten attenderen, wanneer zij bepaalde handelingen niet of nog onvoldoende beheerst. Zij zal dan bezwaar moeten kunnen maken tegen de opdracht (zie ook de laatste alinea van dit punt).

Voor de juiste uitvoering van de opgedragen geneeskundige handelingen is de verpleegkundige verantwoordelijk. Wanneer de mogelijkheid bestaat, dat zich bijverschijnselen voordoen, dient de arts hierop te wijzen. Voor het nemen van het risico, dat deze bijverschijnselen zullen optreden, blijft de arts verantwoordelijk. Wanneer zijn opdracht een dergelijk risico inhoudt, is het slechts verantwoord de opdracht te geven, wanneer de verpleegkundige in

staat is de bijverschijnselen tijdig te onderkennen en weet wat zij in een dergelijk geval moet doen.

Een bijzonder facet vormen nog de indicaties, die de arts onder voorwaarde stelt. Als voorbeeld kunnen worden genoemd de instructies, die de verpleegkundige krijgt voor het werk op een cardiocare-afdeling. Wanneer zich bepaalde signalen of verschijnselen voordoen, moet de verpleegkundige volgens de haar gegeven instructies handelen. Voor deze instructies is de arts verantwoordelijk. De vraag wie er verantwoordelijk is, wanneer er door een beoordelingsfout van de verpleegkundige schade aan de patiënt wordt toegebracht, zal slechts van geval tot geval kunnen worden beantwoord. Naar de mening van de Raad berust de verantwoordelijkheid bij de arts, wanneer deze aan de verpleegkundige situaties ter beoordeling heeft overgelaten, die zij, gezien haar opleiding en ervaring, in redelijkheid niet kan beoordelen. Wanneer echter een goed opgeleide en ervaren verpleegkundige een beoordelingsfout maakt, die zij onder de gegeven omstandigheden niet had mogen maken, kan zij hiervoor echter wel degelijk aansprakelijk worden gesteld.

In het algemeen kan worden gesteld, dat de arts zich goed moet realiseren, of degene, aan wie hij de opdracht geeft, ook in staat is deze naar behoren uit te voeren. De Raad zou het als een verbetering beschouwen, wanneer zou kunnen worden vastgelegd welke handelingen op geneeskundig terrein door een verpleegkundige in samenwerking met de arts kunnen worden verricht. Het is vooral de op dit punt bestaande onzekerheid, die zowel bij de artsen, de verpleegkundigen als de directies tal van vragen oproept met betrekking tot de verantwoordelijkheid voor geneeskundige verrichtingen aan de patiënt. Op dit punt zou naar de mening van de Raad reeds veel gewonnen zijn, indien voor het behalen van het diploma van verpleegkundige het beheersen van bepaalde handgrepen verplicht zou worden gesteld.

Voor het behalen van het diploma moeten thans 120 handgrepen uit het z.g. praktijk- en rapportenboekje worden beheerst. Deze worden echter uit een groter aantal gekozen. Daardoor is het mogelijk, dat het diploma wordt behaald door een verpleegkundige, die bepaalde essentiële handelingen, zoals het toedienen van een injectie, nog

nimmer heeft verricht. In de praktijk betekent dit, dat de opdrachtgevende arts niet bij voorbaat kan weten welke handgrepen een verpleegkundige in feite beheerst. De Raad acht het gewenst de belangrijkste handgrepen verplicht te stellen. Daarnaast zou uit een aantal facultatieve handelingen nog een keuze kunnen worden gemaakt. Op den duur zou de Raad er de voorkeur aan geven, indien er naar zou kunnen worden gestreefd in algemene normen landelijk vast te leggen welke geneeskundige handelingen aan een gediplomeerd verpleegkundige kunnen worden toevertrouwd. Ook voor erkende specialisaties in het beroep zou dit moeten worden aangegeven. De opdrachten van de arts zullen schriftelijk moeten worden vastgelegd.

Onderscheid dient te worden gemaakt tussen de gevallen, waarin de aard van de te verrichten handeling en de toestand, waarin de patiënt verkeert, het noodzakelijk maken, dat de behandelend arts aan de verpleegkundige nauwkeurige, gedetailleerde instructies zal geven, terwijl hij zelf steeds onmiddellijk bereikbaar moet blijven en anderzijds de gevallen, waarin met algemene instructies en minder stringente eisen ten aanzien van het toezicht en de bereikbaarheid van de arts zal kunnen worden volstaan.

Naar de mening van de Raad zal het ook in de toekomst onvermijdelijk zijn - wil men althans verstarring voorkomen - dat bij nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de geneeskundige techniek verpleegkundigen in samenwerking met artsen handelingen verrichten, die nog niet in de hierboven bedoelde normen en specialisaties zijn omschreven. Uiteraard zal hierover op directieniveau eerst overleg moeten worden gepleegd.

Het behoeft geen betoog, dat juist in deze situaties behalve bij de directie (zie punt 4.6.) ook bij de artsen een grote verantwoordelijkheid ligt. Zij zullen slechts dan bepaalde handelingen mogen delegeren, wanneer zij de overtuiging hebben, dat de verpleegkundige deze handelingen beheerst en weet wat haar te doen staat, wanneer er zich complicaties voordoen.

De Raad meent er nog wel op te moeten wijzen, dat het invoeren van een systeem, waarbij de verpleegkundige op geneeskundig terrein vastomlijnde taken heeft, impliceert, dat zij bezwaar zal moeten kunnen maken tegen opdrachten, die buiten het kader van deze taken vallen. Hiervoor zou een procedureregeling moeten worden getroffen.

4.5. Knelpunten tengevolge van communicatiestoornissen bij het doorgeven van opdrachten

De Raad is van mening, dat een belangrijk deel van de door verpleegkundigen gemaakte fouten mede een gevolg is van gebreken in het systeem van het doorgeven van opdrachten. Door het ontbreken van een uniform systeem, dat in alle ziekenhuizen toepassing vindt, kunnen door misverstanden fouten ontstaan.

Een nadeel is ook, dat verpleegkundigen, die in een ander ziekenhuis gaan werken, zich telkens opnieuw moeten instellen op de in dat ziekenhuis gebruikelijke gang van zaken.

De voorkeur van de Raad zou uitgaan naar een uniform, landelijk systeem, waarbij alle opdrachten van de arts tot het verrichten van geneeskundige handelingen schriftelijk door hem worden vastgelegd. In de praktijk zal dit niet altijd te verwezenlijken zijn, zoals bij spoedopdrachten, die moeten worden gegeven, wanneer de arts zelf niet in het ziekenhuis aanwezig is. Toch zullen ook dergelijke telefonische opdrachten zoveel mogelijk schriftelijk moeten worden vastgelegd, in dit geval door de ontvanger. Hiervoor zou een vast systeem moeten worden gekozen (de opdracht wordt genoteerd en vervolgens ter controle op fouten en misverstanden door de ontvanger opnieuw voorgelezen).

Bij de huidige gang van zaken in veel ziekenhuizen kunnen mondelinge opdrachten van de arts, die vaak te gehaast door het hoofd van de afdeling moeten worden genoteerd, tot vergissingen aanleiding geven. Wanneer de arts mondelinge opdrachten onduidelijk geeft, draagt hij de verantwoording voor fouten, die hierdoor kunnen ontstaan.

Anderzijds dient ook het hoofd van de afdeling er attent op te zijn, dat de arts zich kan vergissen. Het is dan haar plicht de arts om een bevestiging te vragen.

Ook het doorgeven van opdrachten door het verpleegkundig hoofd van de afdeling aan de onder haar leiding werkende verpleegkundigen brengt een zekere mate van verantwoordelijkheid met zich, namelijk in die zin, dat aan een ervaren verpleegkundige meer zal mogen worden overgelaten dan aan een ongediplomeerde. Op elk niveau zal men zich moeten realiseren waartoe degene, aan wie gedelegeerd wordt, in staat is.

In de praktijk kunnen ook de z.g. ongeschreven regels voor bepaalde, regelmatig terugkerende verrichtingen een bron van fouten vormen. Routine en gewoontevorming spelen hier een belangrijke rol. Wanneer de arts met het hoofd van de afdeling afspraken maakt voor bepaalde standaardverrichtingen, blijft hij voor deze opdrachten verantwoordelijk.

Het in sommige ziekenhuizen bestaande gebruik in een z.g. vademecum vast te leggen hoe bepaalde standaardverrichtingen moeten worden uitgevoerd, verdient navolging, mits dit vademecum inderdaad voor alle afdelingen in het ziekenhuis gelijklopend zal zijn. Wanneer dit laatste niet het geval is, kan bij overplaatsingen van verpleegkundigen naar andere afdelingen ook hier het risico van fouten en vergissingen ontstaan.

Tenslotte dient nog te worden gewezen op het gevaar van standaardprocedures, die o.a. gebruikelijk zijn bij het toedienen van pijnstillende middelen aan operatiepatiënten, wanneer niet nauwkeurig wordt genoteerd wat door de verschillende verpleegkundigen binnen een bepaald tijdsbestek aan de patiënt wordt toegediend. In de praktijk is gebleken, dat dit tot ernstige gevolgen kan leiden.

Ook de wijze, waarop de door de arts gegeven opdrachten, die eerst door het hoofd van de afdeling worden genoteerd, tenslotte de uitvoerende verpleegkundige bereiken, is voor de problematiek van de verantwoordelijkheid van betekenis. In de praktijk is het voor de verpleegkundigen, vooral wanneer zij op verschillende zalen werken, vaak niet eenvoudig het boek, waarin de opdrachten genoteerd zijn, in handen te krijgen. Dikwijls ook is het hoofd van de afdeling niet voor nadere uitleg bereikbaar. Het betreft hier een kwestie van organisatie, waaraan naar de mening van de Raad meer aandacht zal moeten worden besteed. Het opnemen van alle opdrachten en aanwijzingen, die te zamen het verplegingsplan vormen, in het reeds veel toegepaste cardox-systeem kan een goede toegankelijkheid van alle voor de verpleegkundigen noodzakelijke gegevens waarborgen. Samenvattend constateert de Raad, dat bij het geven en doorgeven van opdrachten gemakkelijk situaties kunnen ontstaan, die van invloed zijn op de aansprakelijkheid van degenen, die de opdrachten geven enerzijds en die van de (leerling)verpleegkundigen, die deze

opdrachten uiteindelijk moeten uitvoeren, anderzijds. Het ontbreken van vaste en voor het gehele ziekenhuis geldende richtlijnen voor het uitvoeren van handelingen, die niet noodzakelijkerwijs per afdeling op verschillende wijze behoeven te worden verricht, is eveneens een factor, die in aanmerking dient te worden genomen bij het beoordelen van de aansprakelijkheid.

4.6. Knelpunten, verband houdende met de werksituatie

De Raad is van mening, dat de concrete werksituatie in het ziekenhuis, zowel materieel als voor wat de personeelsbezetting betreft, steeds in aanmerking dient te worden genomen bij de beoordeling van de vraag of het maken van een bepaalde fout aan de verpleegkundige kan worden verweten.

Door het toenemende gebrek aan verplegend personeel en vooral aan gediplomeerde verpleegkundigen, kunnen situaties ontstaan, waarin geen optimale verpleging meer kan worden gewaarborgd. Helaas moet worden geconstateerd, dat in vele ziekenhuizen ten gevolge van personeelstekort aan jeugdige leerlingverpleegkundigen verantwoordelijkheden worden opgelegd, die slechts door gediplomeerden zouden kunnen worden gedragen. De Raad acht het verontrustend, dat het percentage ongediplomeerden, dat werkzaam is bij de intramurale zorg, nog steeds toeneemt.

De verantwoordelijkheid voor de werksituatie van de individuele verpleegkundige berust naar de mening van de Raad in eerste instantie bij het verpleegkundig hoofd van de afdeling, dat tijdig zal moeten signaleren, wanneer door personeelsgebrek een verantwoord peil van verpleging niet meer mogelijk zal zijn. Zij dient dit te rapporteren aan het hoofd van de verpleegkundige dienst, dat de nodige maatregelen zal moeten treffen, of, zo dit niet mogelijk is, de directie van de situatie in kennis zal moeten stellen. De verantwoordelijkheid voor het handhaven van een te zeer belastende werksituatie, die het maken van fouten in de hand werkt, berust alsdan bij de directie en uiteindelijk ook bij het bestuur, wanneer dit van de situatie op de hoogte is gebracht. Bij de beoordeling van fouten van individuele verpleegkundigen zal hiermee rekening moeten worden gehouden.

In dit verband zij nog opgemerkt, dat de directie en het bestuur van

het ziekenhuis een grote verantwoordelijkheid dragen voor wat betreft het scheppen van de mogelijkheden - zowel organisatorisch als wat de outillage betreft - voor een optimaal functioneren van de verpleegkundige dienst.

Naarmate meer gebruik wordt gemaakt van ongediplomeerde krachten zal de verantwoordelijkheid van de directie en het bestuur van het ziekenhuis alsook die van de behandelend arts groter zijn. De Raad is echter niet van mening, dat een leerlingverpleegkundige geen enkele verantwoordelijkheid zou behoeven te dragen. Van geval tot geval zal moeten worden nagegaan wat van een leerlingverpleegkundige met een bepaalde opleiding in een bepaalde situatie verwacht mag worden. In principe draagt ieder een zekere verantwoordelijkheid voor de taak, welke hij op zich heeft genomen. Dit betekent echter niet, dat de (leerling)verpleegkundige ook aansprakelijk zal worden gesteld voor alle fouten, die in vaak moeilijke omstandigheden worden gemaakt. Zoals reeds eerder werd gesteld, ziet de Raad de beoordeling van dergelijke situaties meer als een taak voor een op het terrein van de verpleging deskundige tuchtrechter dan voor de strafrechter.

Een bijzonder facet van de werksituatie vormt ook de conditie, waarin de verpleegkundige verkeert, wanneer zij haar werk doet. Indien zij door welke omstandigheden ook niet volledig in staat is haar werk te doen, zal zij dit bij het hoofd van de afdeling moeten melden. Wanneer zij dit nalaat, kan zij voor de gevolgen aansprakelijk worden gesteld. Ook op het hoofd van de afdeling rust in deze een zekere verantwoordelijkheid. Zij zal er op moeten toezien, dat de verpleegkundigen op haar afdeling lichamelijk en geestelijk in staat zijn hun taak naar behoren, te vervullen. Van belang moet ook worden geacht, dat de verpleegkundigen weten welke geneesmiddelen zij niet tijdens of kort voor hun werk mogen gebruiken zonder de bedrijfsarts hiervan in kennis te stellen.

5. Conclusies en aanbevelingen

1. Omtrent de bevoegdheden van de verpleegkundige staat wettelijk niets vast. Mede met het oog op de mogelijkheid tot invoering van een tuchtrecht voor verpleegkundigen (zie hierna, onder 4) is het gewenst in algemene zin te omschrijven welke taken tot het beroep

van de verpleegkundige dienen te worden gerekend, althans aan te geven wat de bekwaamheden van de verpleegkundige zijn. Ook voor erkende specialisaties zouden de grenzen van het beroep moeten worden aangegeven. Meer gedetailleerde omschrijvingen zouden in de opleidingsschema's c.q, in de praktijk- en rapportenboekjes kunnen worden gegeven. Later verworven bekwaamheden zouden in de praktijk- en rapportenboekjes moeten worden aangetekend.

2. Het verdient aanbeveling een gedragscode op te stellen voor de samenwerking tussen behandelend arts en verpleegkundige in de ziekenhuizen. Naar de mening van de Raad dienen de Nationale Ziekenhuisraad en de beroepsorganisaties bij het overleg hierover te worden betrokken.

3. De Raad is van oordeel, dat de invoering van een tuchtregeling voor verpleegkundigen kan bijdragen tot de oplossing van een aantal moeilijkheden, die in dit advies worden gesignaleerd.

4. De Raad acht het noodzakelijk, dat bij de opleiding van de verpleegkundige aandacht wordt besteed aan de verantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid voor beroepshandelingen van de verpleegkundige de leerlingverpleegkundige.