

# De relatie tussen artsen en juristen

“Sue the bastards!” of “Kill the lawyers!”?

C.J.J.M. Stolker

**Komt de groeiende angst van artsen voor juristen voort uit onwetendheid, een gebrek aan basale kennis van het recht? De verhouding tussen artsen en juristen in het licht van de medische aansprakelijkheid.**

**U** IN DE GENEESKUNDE opereert in het wit, wij juristen in het zwart. Is de tegenstelling tussen ons werkelijk zo groot? “Sue the bastards!”, zeggen in Amerika de juristen tegen uw vakgenoten. “Kill the lawyers!” is het al even adequate antwoord. Komt het nog goed tussen u en ons?<sup>1</sup>

Nog niet zo lang geleden kwamen aan de voet van het Harzgebergte in het Duitse universiteitsstadje Göttingen een ziekenhuisdirecteur en een rechter elkaar tegen. Ze raakten aan de praat. De rechter zei: “U en ik, wij leven in twee verschillende werelden. U leeft in een wereld van lichamelijk en psychisch lijden, vol van ziekte, hulpbehoevendheid, van hoop en van uitzichtloosheid. In uw wereld van lijden moet u voortdurend risico's nemen, als u tenminste succes wilt hebben bij het genezen van mensen. Wij juristen daarentegen,” vervolgde de rechter, “leven in een wereld van ordening, van controle, van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Onze taak is het om wat gebeurd is te achterhalen, terwijl ú zich aan de toekomst wijdt. Wij juristen zijn gericht op algemeen geldende regels, op bescherming van de burger, ook tegen fouten van artsen. U moet maar niet proberen deze beide werelden met elkaar te laten samenvallen, of zelfs maar met elkaar in harmonie te brengen.”<sup>2</sup>

Toch proberen we dat. Er staan tal van wetten op stapel waarin het handelen van artsen aan juridische regels wordt gebonden. Mr J.A. Peters, algemeen directeur van het Academisch Ziekenhuis Leiden, heeft zich al eens afgevraagd of we niet het risico lopen dat we als het ware de ene afhankelijkheid, namelijk die van de arts, inruilen voor die van de jurist.<sup>3</sup> Is dat zo? Leidt al die juridische regelgeving ertoe dat

de patiënt in handen van juristen verzeilt? Dat hoeft niet zo te zijn. Leenen heeft er al op gewezen dat er tal van juridische regels zijn die de verhouding tussen twee echtgenoten regelen. Toch ervaren we die doorgaans niet als verstikkend of als een aanslag op de vertrouwensrelatie tussen de echtgenoten. Waarom zou dat anders zijn in de relatie tussen artsen en patiënten?

Voor artsen moet het wennen zijn nu zij te maken krijgen met anderen (niet-artsen) die de dienst komen uitmaken. Dat waren zij niet gewend. Men spreekt wel van ‘professionele autonomie’, en zolang de samenleving die professionele autonomie zonder veel problemen erkende, was er weinig aan de hand. De arts stond hoog in aanzien en werd bewonderd om zijn kennis en kunde. Solistisch werken was heel normaal en de arts hoefde weinig of geen verantwoording af te leggen.<sup>4</sup>

Toch is er op verschillende fronten iets veranderd. Denk aan de opkomst van ‘de mondige patiënt’. Vooral nu die mondige patiënt zich organiseert in sterke belangengroeperingen wordt zijn invloed groot. Sommigen zullen met enige weemoed terugdenken aan vroeger. De Amerikaan Shorter vertelt hierover in zijn boek ‘Bedside manners, the troubled history of doctors and patients’: Henry ligt ernstig ziek in bed, met aan de ene kant zijn vrouw Marian en aan de andere kant de dokter. Op zeker moment zegt de dokter: “Marian, Henry is dead.” Maar dan gaat Henry verontwaardigd rechtop zitten en zegt: “I am not dead, I'm alive.” Waarop zijn vrouw antwoordt: “Henry, lie back again; doctor knows best!”<sup>5</sup>

In de tegenwoordige tijd staat daar een heel ander verhaal tegenover. Bij een ongeluk raakten een paar motorrijders ernstig gewond. Ze werden de Eerste Hulp van een ziekenhuis binnen gedragen, ‘all smashed up’ en zeiden: “Either we walk, or we go to court!”<sup>6</sup>

Over het belang van regelgeving in het algemeen en die voor de gezondheidszorg in het bijzonder is veel te zeggen.<sup>7</sup> Regels kunnen ook duidelijkheid scheppen en onzekerheden wegnemen. Dat geldt voor een onderwerp als euthanasie,

waar een sterke behoefte bestaat aan adequate regelgeving, voor de problemen rond de bekwaamheidsverklaringen voor verpleegkundigen, voor de vraag of een patiënt onbeperkt inzage heeft in zijn medisch dossier en voor de vraag hoelang een medisch dossier nu eigenlijk moet worden bewaard.

## Is het hier oorlog?

In ons land speelt het nog niet zo, maar in landen als de Verenigde Staten en Duitsland al wel: artsen en juristen die als kemp-hanen tegenover elkaar staan. De Duitse hoogleraar in het gezondheidsrecht, Schreiber, heeft erop gewezen dat in zijn land de verhouding tussen recht en geneeskunde in toenemende mate in oorlogstermen wordt geschilderd. Men spreekt van ‘Hauptkriegsschauplatz’ en van ‘Nebenfronten’; van een ‘kalten Krieg’ tussen artsen en juristen en van een spanningsveld, dat principieel nimmer een ‘Waffenstillstand’ zal kennen.<sup>8</sup>

Het is goed voorstelbaar dat artsen een gezonde weerzin ontwikkelen tegen juristen. Die weerzin zal vooral voortkomen uit het verschijnsel ‘medische aansprakelijkheid’. De arts doet zijn uiterste best en enkele maanden (of jaren!) later ligt daar een brief van een advocaat: dat hij of zij zich schuldig heeft gemaakt aan een medische fout, dat daar schade door is ontstaan bij mevrouw Zus-en-Zo, dat er binnen veertien dagen moet worden betaald, bij gebreke waarvan helaas rechtsmaatregelen zullen moeten volgen; en o ja, voor zover u dat nog niet wist, inmiddels loopt ook de wettelijke rente.

Ik kan mij de woede van zo'n moment indenken, maar men mag één ding niet vergeten: het recht, en zeker het aansprakelijkheidsrecht, verloopt volgens de regels en in de sfeer van het debat. Dat geldt voor de vraag of er überhaupt wel een fout is gemaakt en dat geldt voor de vaststelling van de hoogte van de schadevergoeding. “Letselschade is oorlog”, roepen sommigen die er rijk van worden, en dat is vaak de toon waarop het debat plaatsvindt. Die hoge toon van het debat leren wij trouwens aan onze juridische studenten. Daar komt bij dat van alle juristen

nou net de advocaten niet bepaald tot de goedmoedige, vriendelijke - laat ik maar zeggen - scharreljuristen behoren. Zie ze maar als de chirurgen onder de artsen. De hoge toon van het recht moet worden gezien in het perspectief van het debat.

Toch zijn er een paar dingen die zorgen baren.

In de eerste plaats de groeiende angst van artsen voor juristen. Het zou mij niet verbazen als die voor een belangrijk deel voortkomt uit onwetendheid. Vaak gaat het om een gebrek aan heel basale kennis: het verschil tussen het burgerlijk recht (schadevergoeding) en het strafrecht (boete, gevangenisstraf) bijvoorbeeld. Ik zou alleen al daarom nog eens willen pleiten voor meer 'recht' in de opleiding tot arts.<sup>9</sup> Het is opvallend, dat verpleegkundigen vaak meer weten van het recht dan artsen. Dat komt doordat het gezondheidsrecht in de opleiding tot verpleegkundige een steviger plaats heeft verworven dan in de opleiding tot arts. Met wat meer kennis van het functioneren van het recht zal duidelijk worden dat dit niet alleen bedreigend is, maar ook zekerheid kan geven. Dan zullen artsen er ook achter komen dat op het vlak van de medische beroepsaansprakelijkheid de rechter een koers vaart die de arts in feite welgezind is. Een gulden regel is, dat de patiënt moet bewijzen dat de arts een fout heeft gemaakt en niet andersom.<sup>10</sup> Die regel moet artsen goud waard zijn.

### Recht op gezondheid?

Er is een tweede ding dat mij zorgen baart. Burgers hebben recht op een zo goed mogelijke medische behandeling en verzorging; een recht op gezondheidszorg, ook al zijn er sinds kort grenzen aan de zorg. Ik heb enige tijd onderzoek gedaan in Amerika. Ik meen te zien dat burgers daar het recht op gezondheidszorg steeds meer gaan beleven als een recht op gezondheid. Ik heb daar een mogelijke verklaring voor. In de stormachtige ontwikkeling van het medisch kunnen zit een paradox.<sup>11</sup> Men kan steeds meer, maar daarvoor kan ook steeds meer mislukken. Art-

zoekers treden naar buiten met hun successen, met hun overwinningen, en niet of nauwelijks met hun nederlagen. Op zich ligt dat voor de hand, al was het maar om verzekerd te zijn van toekomstige financiering van het onderzoek. Het effect ervan zou kunnen zijn dat bij het publiek, bij patiënten en toekomstige patiënten de gedachte post vat dat achter iedere nederlaag, dus achter iedere mislukking, een fout schuilgaat. Artsen kunnen toch alles? Is deze angst reëel? Misschien wel.

De Gezondheidsraad merkt in zijn rapport 'Medisch handelen op een tweesprong' (1991) op, dat het publiek steeds meer en

weest van een medische fout. Daarvoor is het noodzakelijk dat artsen en juristen elkaars taal enigszins spreken.

Daarvan nu ben ik lang niet zeker. Ik vraag me werkelijk af of artsen en juristen hetzelfde bedoelen als ze bijvoorbeeld over een 'fout' spreken. Voor ons juristen betekent 'fout' dat de arts beneden de maat is gebleven en dat hem daarvan een verwijt kan worden gemaakt, ergo, dat hij aansprakelijk is. Uit gesprekken met artsen heb ik de indruk dat zij het woord 'fout' ook wel neutraler gebruiken: in de zin dat de arts een 'foute' beslissing heeft genomen, zonder dat daarmee is gezegd dat

## *Het is opvallend dat verpleegkundigen vaak meer weten van het recht dan artsen*

hogere eisen stelt aan de geneeskunde. Daarbij wijst de raad op de rol van de media: "Voorlichting door de media heeft een grote bijdrage geleverd aan het mondig worden van de patiënt. Op de manier waarop de media informatie verstrekken, valt echter wel wat af te dingen. De medische rubrieken in kranten en weekbladen gaan niet zelden mank aan fouten, oppervlakkigheid, onvolledigheid en vatbaarheid voor reclame. Ook leggen de media nogal eenzijdig de nadruk op het beeld van de moderne mens, die altijd fit is en geen pijn of andere klachten kent. Wie niet aan dat beeld voldoet, moet een arts raadplegen. De voorlichting over nieuwe behandelmethoden zou eveneens genuanceerder kunnen: niet alleen aandacht voor de positieve kanten van een nieuwe ontwikkeling, maar ook voor kosten, beschikbaarheid, complicaties en bijwerkingen. Anders gaat het publiek steeds hogere, vaak irreële eisen aan de geneeskunde stellen."<sup>12</sup>


"Either we walk, or we go to court!"

### Spreken we elkaars taal wel?

Een derde zorg. In juridische procedures gaat het om de waarheidsvinding: wat is er tussen partijen precies gebeurd? Kan

hij ook verwijtbaar beneden de maat is gebleven. In dit verband wijs ik ook op het gebruik door artsen van het woord 'kunstfout', doorgaans in de betekenis van 'ernstige fout', alsof artsen uitsluitend voor ernstige fouten en niet voor 'gewone' fouten aansprakelijk zouden zijn.<sup>13</sup> Juristen daarentegen kennen maar één soort fout. Een ander voorbeeld is het begrip 'complicaties'. Het zou mij niet verwonderen als dat woord in de dialoog tussen artsen en juristen tot misverstanden leidt. Soms lijkt het erop dat we in juridische processen een pantomime opvoeren waarin we dóen alsof we met elkaar spreken. Dat maakt de uitkomst van zo'n juridische procedure extra onzeker en onvoorspelbaar.

### Professionele autonomie?

Onlangs kon men het volgende lezen: "De beroepsgroep heeft de keuze: nu zelf orde op zaken stellen of dulden dat de overheid, de verzekeraars of het ziekenhuismanagement het initiatief overnemen. (...) Als de medische professie nalaat met spoed de barrières die goed medisch handelen in de weg staan te slechten, zullen anderen gaan voorschrijven wat artsen mogen en wat artsen niet mogen doen." Hier was geen irritante bemoeial aan het woord: deze passage komt wederom uit het rapport van de Gezondheidsraad.<sup>14</sup> Het zijn nogal belangrijke zinnen, zeker als men bedenkt dat het niet alleen om de beroepsgroep van de artsen gaat (zoals de raad een beetje suggereerde), maar evengoed om de verpleegkundige, de para- en de perimedische beroepsbeoefenaren. Het kabinet wijst daarop in zijn reactie op het rapport.<sup>15</sup> De volstrekt socialistisch werkende arts is allang verleden tijd. Bij professionele autonomie spelen tegenwoordig verschillende personen, 'actoren', een rol:<sup>16</sup> individuele beroepsbeoefenaren, tuchtcolleges, instelling- 

## *Een rechter weet vaak niet wat een 'redelijk bekwaam arts' is*

sen hebben een erg mediageniek vak. Ik geef toe dat ook juristen (vooral advocaten) het in tal van series aardig doen, maar voorlopig leggen ze het toch ruimschoots af tegen de gezondheidszorg. Wie de laatste tijd in Nederland de TV aanzet, kijkt - tien tegen één - in een open wond: daar is weer een arts die een klein medisch huzarenstukje verricht. De geneeskunde creëert 'imagebuilders': artsen en onder-

iemand een verwijt worden gemaakt? Juristen (rechters) zijn in medische zaken doorgaans sterk afhankelijk van deskundigen, van artsen dus. Een rechter wéét vaak niet wat een 'redelijk bekwaam arts' is, of een bepaalde medische handeling onder die specifieke omstandigheden juist was of niet. De jurist en het meest pregnant: de rechter moet in 'dialoog' met artsen te weten komen of er sprake is ge-

gen van gezondheidszorg, overheid, zorgverzekeraars en patiënten. Sommigen duiden de arts al aan - ongetwijfeld tot diens droefenis - als 'zorgmanager'.<sup>17</sup> Wat is de betekenis van het aansprakelijkheidsrecht in dat verband? Ik heb al aandacht besteed aan de situatie in Amerika. Het almaar stijgende aantal claims en de stijgende omvang van de schadevergoedingen hebben ook positieve gevolgen gehad. In 1986 kwam de uit een oogpunt van kwaliteitsbewaking belangrijke Health Care Quality Improvement Act 1986 tot stand.<sup>18</sup> Verder wordt er veel aandacht besteed aan verbetering van het tucht-recht (dat slecht was ontwikkeld) en is riskmanagement binnen de gezondheidszorg heel gewoon geworden.

Maar er is meer: juist als gevolg van alle 'malpractice claims' besteedt men meer aandacht aan het zorgvuldiger bijhouden van medische dossiers,<sup>19</sup> aan intercollegiale toetsing<sup>20</sup> en aan de communicatie tussen artsen en hun patiënten; er wordt gesproken over de norm van goed medisch handelen ten einde 'defensive medicine' te vermijden. De medische beroepsorganisaties strooien voortdurend verstandige adviezen rond: "Overleg met collega's" ("A doctor should be humble enough to ask"), "Als het eigen ziekenhuis onvoldoende faciliteiten biedt voor een bepaalde behandeling, stuur de patiënt dan door naar een ander!", of (erg verstandige tip): "Kritiseer uw collega's niet in het bijzijn van patiënten!"

Nu mogen we niet vergeten dat de eerste en belangrijkste functie van het aansprakelijkheidsrecht is, dat slachtoffers financieel worden gecompenseerd. Een tweede, minder belangrijke functie van het aansprakelijkheidsrecht is die van de preventie. Als artsen *leren* van een aansprakelijkheidsclaim, dan heeft die extra nut gehad. Die informatie moet dan wel kunnen doorsijpelen van de aansprakelijkheidsverzekeraar naar de individuele artsen. Ook daaraan besteedt men in de Verenigde Staten veel aandacht. Een mooi voorbeeld in Nederland is het Sterilisatie-rapport van de Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie.<sup>21</sup> Het bestuur van die vereniging heeft het initiatief genomen haar leden te adviseren over de veiligheid en onveiligheid van de verschillende methoden van steriliseren. Interessant is dat het initiatief voor dit onderzoek mede voortkomt uit het verzoek van een aansprakelijkheidsverzekeraar. Die werd de laatste jaren geconfronteerd met een toenemend aantal schadeprocedures rond mislukte sterilisaties. Een nieuwe 'actor' in het veld van de professionele autonomie: niet de zorgverzekeraar, maar de aansprakelijkheidsverzekeraar.<sup>22</sup> Tegen diens aanwezigheid lijkt me geen bezwaar

te bestaan, zolang hij er genoeg mee neemt specifieke kwaliteitsproblemen *aan de orde te stellen*. Het wordt natuurlijk anders als Centraal Beheer of Nationale Nederlanden zich daadwerkelijk met de inhoud van de zorg gaat bemoeien. Dat lijkt trouwens nog wel een scenario om alert op te zijn!

Heel recent doemde er alweer een nieuwe actor op: de banken. Bezorgd over de liquiditeitspositie van veel ziekenhuizen, draaien zij de financiële duimschroeven aan. In sommige gevallen leidt dat al tot een direct waarneembare verandering in de te verlenen zorg en mogelijk ook in de *kwaliteit* van de zorg.

### De rechter als arts?

Als jurist heb ik nog één ding op mijn hart. De norm waaraan het handelen van de arts wordt getoetst, is die van een redelijk bekwaam geneesheer. Wie die norm niet haalt, is aansprakelijk voor de schade. Wie stelt die norm vast?

Op het eerste gezicht lijkt die vraag gemakkelijk te beantwoorden: de artsen onderling natuurlijk. Toch hebben we in verband met de professionele autonomie gezien dat dit een kortzichtig antwoord is. De norm waaraan de arts moet voldoen is geen absolute en geen volstrekt 'persoonlijke', maar wordt in de loop van de

de huisarts aansprakelijk voor de schade. *Is de arts ook aansprakelijk? Heeft de huisarts gehandeld als een redelijk bekwaam geneesheer? Wie geeft daarop een antwoord?*

Stel dat de betrokken huisarts zich in een rechtsprocedure beroept op de nadruk die in ons land (en in Europa)<sup>23</sup> wordt gelegd op versterking van de eerstelijns gezondheidszorg: huisartsen moeten niet onmiddellijk doorverwijzen. De nabestaanden van de patiënt brengen evenwel een heel andere verklaring in het geding van een (emeritus) hoogleraar: dat bij dit soort klachten de huisarts het zekere voor het onzekere moet nemen: de arts is te kort geschoten. De rechter moet beslissen, maar wat weet *hij* ervan? De beroepsgroep is kennelijk niet in staat een eenduidig antwoord te geven op de vragen van de rechter. Het liefst heeft de rechter een duidelijke regel: een huisarts die op zijn spreekuur een man met maagpijn krijgt, stuurt hem wel/niet onmiddellijk door naar de specialist. Ik roep nog even het gesprek in herinnering van de rechter en de ziekenhuisdirecteur aan de voet van het Harzgebergte. "Wij juristen," zei de rechter, "leven in een wereld van ordening, van controle, van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid. Wij zijn gericht op algemeen geldende regels, op bescherming

### *Soms krijgt men het gevoel dat op de norm van redelijk handelen geen peil valt te trekken*

tijd gevormd en veranderd in samenspraak met vakgenoten en overheid, met zorgverzekeraars en ziekenfondsen, met paramedici en verpleegkundigen. In die samenspraak klinken niet alleen medische argumenten, maar klinkt ook het gerammel (of beter: het geknisper) van geld: hoeveel is de samenleving bereid voor haar gezondheidszorg uit te geven? Aldus komt een norm van redelijk handelen tot stand.

Nu is er één aan wie men de beslissing eigenlijk liever niet wil overlaten: de jurist, meer in het bijzonder: de rechter. Toch wordt hem vaak om een oordeel gevraagd. Een voorbeeld: Een man heeft al een poosje pijn in zijn maag. De dokter wijst hem op zijn drukke baan, zegt hem dat hij niet goed kauwt, dat hij wellicht iets te veel drinkt. Een paar maanden later keert de man terug met ernstiger klachten. De dokter schrijft hem pillen voor tegen een maagzweer. Weer enige tijd later is de pijn ondraaglijk. Onderzoek in het ziekenhuis laat zien dat de man maagkanker heeft. De man overlijdt en laat een gezin achter met veertien kinderen. De weduwe stelt

van de burger tegen fouten van artsen." Dat wil de rechter in zo'n zaak het liefst horen, een duidelijke regel: maagpijn? dan stuur je iemand wel/niet door!

Soms krijgt men het gevoel dat op de norm van redelijk handelen geen peil valt te trekken. Uiteindelijk moet de rechter beslissen wie gelijk heeft: arts of patiënt. Hoe gaat dat dan? Het is denkbaar dat in de toekomst rechters die het ook niet weten (omdat de artsen het kennelijk niet weten) maar kiezen voor het slachtoffer, voor de patiënt dus. Die tendens van slachtoffer-vriendelijkheid is in mijn vakgebied sowieso nogal duidelijk aanwezig. Daar komt bij dat de arts bijna altijd verzekerd is. Ik pleit er hier beslist niet voor de vraag naar de aansprakelijkheid te laten afhangen van de vraag wie er verzekerd is. Als 'artsen met gezag' het echter kennelijk zelf niet weten of elkaar volstrekt tegenspreken, kan zo'n verzekeringargument een rol gaan spelen.

Ik chargeer natuurlijk een beetje, maar toch - als jurist - pleit ik voor zoveel mogelijk duidelijkheid, voor protocollen en voor beroepscode.<sup>24</sup> Beroepsverenigingen

zouden het voortouw moeten nemen. Daarom is het verschijnen van het Sterilisatie-rapport van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie zo goed. Tegelijkertijd realiseer ik me dat het medisch handelen niet mag stollen in codes en protocollen. Er moet vanzelfsprekend voldoende flexibiliteit blijven.

Misschien zegt u zelfs: je kunt het medisch handelen niet in algemeen geldende regels vangen, laat het dus maar zo. Maar dan wijs ik er toch op dat daarmee die heel verschillende manier van denken van artsen en juristen niet uit de wereld is, terwijl ze toch met elkaar verder moeten. Die rechter uit Göttingen meende inderdaad dat we misschien niet moeten proberen onze twee werelden met elkaar in harmonie te brengen. Maar dan leggen we ons neer bij een medisch aansprakelijkheidsrecht dat soms niet veel meer is dan een flipperkast: "Sometimes you win, sometimes you loose."

Artsen en juristen. De beroemde Italiaan Giacomo Casanova geeft misschien nog het verstandigste oordeel over beiden. Hij schrijft dat z'n familie in hem een toekomstig advocaat zag.<sup>25</sup> Zelf gaf hij er de voorkeur aan arts te worden, "een beroep waarin zwendelarij nog meer oplevert dat in de advocatuur. Maar ik heb noch het een noch het ander gedaan... Het is mogelijk dat ik om die reden nooit van de diensten van advocaten gebruik heb willen maken als ik mijn recht bij de justitie wilde laten gelden, en evenmin artsen heb willen roe-

pen als ik ziek was. Er zijn meer families geruïneerd dan bevoordeeld door advocaten, en de mensen die overlijden door toedoen van artsen zijn talrijker dan zij die genezen.

Hieruit volgt dat de wereld veel gelukkiger zou zijn zonder deze twee mensentypes." •

*mr C.J.J.M. Stolker,*

afdeling Burgerlijke Recht, Rijksuniversiteit Leiden.

#### Noten

1 C J M Schuyt schreef een voortreffelijk artikel over beide beroepsgroepen "Al in de opleiding," zo betoogt hij, "gaan we uiteen" Vlaams Tijdschrift voor Gezondheidsrecht september-oktober 1992, 11 e v en in Gezondheidsrecht in perspectief De Tijdstroom 1993, p 156 e v

2 Hans-Ludwig Schreiber over 'Notwendigkeit und Grenzen rechtlicher Kontrolle der Medizin' Gottinger Universitätsreden, 1983

3 Aan die rede besteedde ik eerder aandacht in het artikel 'Patientenrechten', Cicero (tijdschrift uitgegeven door het AZL) 1986, p 14 e v

4 Zie daarover het rapport van de Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong, 1991 p 27 e v

5 E Shorter Bedside Manners, The Troubled History of Doctors and Patients New York Simon and Schuster, 1985 p 229

6 Medical Economics 1986, 170 Zie uitvoeriger mijn 'Van arts naar advocaat, aansprakelijkheid voor medische fouten in Amerika' BSH/Kluwer 1989 p 47 e v

7 Ik verwijs naar mijn bedrage 'Wat weet de rechter van medisch handelen?' in het themanummer Juridisering in de gezondheidszorg van het tijdschrift Gezondheid & Politiek december 1993 p 14 e v

8 H L Schreiber, a w 1983, zie noot 3, p 30

9 Van arts naar advocaat, Kluwer/BSH 1989, zie hiervoor noot 7, p 96 De Commissie Keuzen in de zorg (1991) heeft daar in haar rapport 'Kiezen en delen' ook voor gepleit. In een reactie steunde het kabinet het op-

nemen van meer 'recht' in de curricula, nota 'Gepast gebruik', bijlage bij Tweede Kamer, 1991-1992, 22 393, nr 20 p 42

10 Hoge Raad 20 november 1987, Nederlandse Jurisprudentie 1988, nr 500

11 Zie mijn boek 'Van arts naar advocaat' Kluwer/BSH 1989, hiervoor noot 7, p 48

12 a w p 43 Zie voor de invloed op het consultatiegedrag bij huisartsen, M Foets, I Elie en G. van der Rijt, Medische berichtgeving in de media, Medisch Contact 1993; 617 e v

13 Zie voor de verwarring die kan ontstaan A F Tempelaar, Defensief gedrag, Medisch Contact 1993; 1443

14 Gezondheidsraad, Medisch handelen op een tweesprong, 1991, p 51, de tekst is licht samengevat.

15 Gepast gebruik, kabinetsstandpunt met betrekking tot de rapporten 'Kiezen en delen' en 'Medisch handelen op een tweesprong'; bijlage bij Tweede Kamer 1991-1992, 22 393, nr 20, p 31

16 Zie daarover uitvoeriger J H Hubben, in Gezondheidsrecht in perspectief, De Tijdstroom 1993, p 65, dezelfde, Kwaliteit en recht in de gezondheidszorg, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 1991, p 69 e v

17 Zie daarvoor bijvoorbeeld het artikel van M J M A van der Put, De positie van de medisch specialist in het algemeen ziekenhuis, Medisch Contact 1993, 463 e v

18 Zie daarvoor uitvoeriger 'Van arts naar advocaat' (zie noot 7), p 65

19 Idem, p 73

20 Idem, p 75

21 Officieel standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (1992) Zie het artikel van Vervest cum suis in Medisch Contact 1993, 861 e v

22 Zie ook de bijdrage van F.H Reddering, adjunct-directeur VVAA, in de bundel 'Complicaties in obstetrie en gynaecologie' (Heineman, red.), 1994, blz 102 e v

23 Uit het al eerder aangehaalde rapport 'The future of European Health Care' blijkt dat inderdaad de verwachting is dat huisartsen een steeds belangrijker rol in de totale zorgverlening zullen gaan vervullen, ook als 'gatekeeper' naar het ziekenhuis en zijn specialisten Zie Het Ziekenhuis 1993, 611

24 Zie mijn bijdrage 'Wat weet de rechter van medisch handelen' in het themanummer 'Juridisering in de gezondheidszorg' van het tijdschrift Gezondheidszorg & politiek, december 1993, 14 e v.

25 Giacomo Casanova, Memoires deel 1, Athenaeum-Polak & Van Gennep 1991, p 75, vertaling Theo Kars



## P R A K T I J K P E R I K E L

### Communicatie

**E**EN 29-JARIGE kantine medewerkster voor 40 uur per week is reeds negen jaar werkzaam in deze functie. Zij heeft sinds 1991 pijnklachten aan de linkerpols, aanvankelijk dorsaal, later volair, met uitstraling naar de onderarm en in de schouder. Later ook tintelingen in de eerste vier vingers. 's Nachts heeft zij geen klachten. Voordat haar klachten ontstonden was een ganglion verwijderd. Verwijzing volgt naar de orthopeed, die diffuse pijnlijkheid vaststelt bij functieonderzoek; geen röntgenafwijkingen. Zijn conclusie: diffuse pijnklachten dorsale zijde linkerpols, voorlopig zonder duidelijke oorzaak. Er werd een spalk geadviseerd.

De klachten blijven aanhouden en er volgt een verwijzing naar de neuroloog. EMG: geen CTS.

Conclusie: pijn linkerpols, waarschijnlijk in het kader van surmenage. Advies: de polsplank nu ècht gebruiken.

De klachten blijven bestaan. Zij doet wel haar werk en hoeft zich niet ziek te melden. Dan besluit zij de bedrijfsarts te raadplegen. Deze bekijkt haar werkplek, inventariseert haar taken en geeft adviezen ten aanzien van ergonomie, het tillen van grote stapels borden en de plaats van het koffiezetapparaat. Tevens krijgt zij het advies meer af te wisselen met de rechterhand. Reeds vijf weken na de veranderingen en aanpassingen was zij vrijwel klachtenvrij!

Bedrijfsgezondheidskundige interventie staat kennelijk niet zo hoog aangeschreven bij deze drie (!) curatief werkende collega's. Het lijkt zo eenvoudig. Over communicatie gesproken! •

Korte door artsen geschreven signalen.  
Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht  
door de redactie.