

De plank mis

Collega Norg meent dat het Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg de plank heeft misgeslagen en de uitspraak weinig gefundeerd is (Huisarts Wet 2007;2:58). Helaas slaat de auteur zelf meerdere planken mis. Ten eerste gaat hij aan de aanwezigheid van risicofactoren voorbij: een kind van 15 maanden oud, een waarneemsituatie, onbekende ouders en wisselende hulpverleners. Dat dwingt tot alertheid en goede overdracht. Ten tweede was het kind al tweemaal door de huisarts beoordeeld en had deze de diagnose meningitis overwogen. Dan is er nog meer reden om informatie door te geven. Dat kon vroeger en is nu met e-mail simpel. Ten derde laat collega Norg belangrijke feiten over de uitspraak weg. De rechter stelt duidelijk dat de uitspraak zich op de beroepsgroep richt en dat het een streng oordeel is. Bovendien werd geen strafmaatregel opgelegd. Alle opwinding en kritiek zijn ongegrond. Integendeel, het college verdient alle lof dat het de zwakke kanten van de huisartsenpost (HAP) heeft blootgelegd. Dat dit slecht uitkomt, doet daar niets aan af.

Het is beangstigend dat de beroepsgroep zo verkrampd reageert in plaats van de lessen ter harte neemt. De continuïteit van zorg is bij de ANW-diensten nog altijd niet aan de eisen van de huidige tijd – door middel van het elektronisch medisch dossier – aangepast. Bovendien zijn huisartsen zich kennelijk onvoldoende bewust dat bij de waarneming de voorafkansen op ernstige ziekten hoger is dan normaal. Waarneming brengt extra risico's op missers met zich mee, omdat de belangrijke voorkennis ontbreekt. Daarnaast blijken er over triage en de rol van assistentes nogal wat misverstanden te bestaan. Het is merkwaardig dat de auteur meent dat assistentes beter triage kunnen uitvoeren dan de huisartsen. Het argument dat ze zo vaak over kinderen met koorts worden gebeld zegt immers niets over de kwaliteit van de selectie. Elke huisarts weet dat het uitsluiten van een zeldzame ernstige ziekte een van de moeilijkste aspecten van ons vak is. Tij-

dens mijn opleiding werd ons met nadruk geleerd dat meningitis vaak gemist werd en dat je altijd alert moest blijven. Vaak ging ik bij enige twijfel nog eens naar een patiënt. Dat spaart levens.

Mijn ervaringen als huisarts met assistentes zijn positief, maar deze hadden dan ook een ervaring van minstens 20 jaar bij een volle dagtaak. Dat haalt geen enkele assistente van nu. Mijn ervaring als patiënt en opa is negatief, omdat de assistentes te veel proberen 'de boot af te houden'. In een recente discussie meenden ervaren huisartsen dat triage eigenlijk door de huisarts zou moeten worden uitgevoerd, omdat er zo vaak wat mis ging. Dit blijkt ook uit de jurisprudentie. Daarom is in de opleiding tot huisarts de aandacht voor triage verscherpt. Grondige medische kennis, communicatieve vaardigheden en veel ervaring zijn een noodzaak om missers als deze te voorkomen.

R.A. de Melker

Antwoord

Collega De Melker geeft terecht aan dat het onverteerbaar is dat wij – lees de gezondheidszorg – in de huidige tijd nog (moeten) werken met een archaisch systeem van informatieoverdracht. Ook ik kan dat niet aan mijn patiënten uitleggen. Ik constateer dat er momenteel hard gewerkt wordt aan het EMD, maar dit gebeurt – zeker in vergelijking met andere sectoren in de maatschappij – veel te laat. Een tweede kritiekpunt kan ik ook onderschrijven, namelijk dat het niet de taak van assistentes op de huisartsenpost is om 'de boot af te houden'.

Laat ik hier herhalen dat mijn commentaar zich niet richtte op de uitspraak tegen de verantwoordelijke huisarts op de HAP. Wanneer je afgaat op de feiten die in de uitspraak zijn beschreven, dan zijn er tijdens de triage onmiskenbaar fouten gemaakt. Ik heb daarom ook geschreven dat daar terecht een maatregel op gevolgd is. De risicofactoren die De Melker noemt, zijn daarbij ook relevant.

Onterecht is echter zijn generaliserende kritiek op de kennis en vaardigheden van de assistentes van de HAP met betrek-

king tot de triage aan de telefoon. Ik ben ervan overtuigd dat zij na een paar jaar meer ervaring hebben met telefonische triage dan de meeste assistentes die overdag werken, zelfs als zij 20 jaar ervaring hebben. De HAP-assistentes hebben namelijk nauwelijks andere (bijvoorbeeld administratieve) taken, die de meeste overdag werkende assistentes wél hebben. Ook door het beduidend grotere aanbod van spoedeisende hulpvragen doen zij sneller ervaring op. Daarnaast worden zij – althans op mijn HAP – getraind in de vereiste medische kennis en communicatieve vaardigheden door docenten van de huisartsenopleiding, wat bij de meeste assistentes die overdag in de praktijk werken geen gemeengoed is.

Maar mijn commentaar ging met name in op de uitspraak over de huisarts die *geen* dienst had op de HAP. Dat deze geen maatregel krijgt opgelegd, is (behalve voor hemzelf) irrelevant. In volgende voorkomende gevallen zal dit ongetwijfeld wél gebeuren. Het tuchtcollege zal niet nogmaals de klacht gegrond verklaren en vervolgens – in strijd met de wet – het opleggen van een maatregel achterwege laten. Zeker niet nu wij huisartsen zo uitdrukkelijk gewaarschuwd zijn.

De kern van mijn kritiek blijft dat de *juridische* onderbouwing van de uitspraak niet deugt. Daarnaast roept de uitspraak veel vragen op. Ik heb er diverse geschetst, die ik hier niet zal herhalen. (Tucht)rechterlijke uitspraken behoren geen vragen op te roepen, ze behoren duidelijkheid te verschaffen. Zeker als het om nieuwe (interpretatie van) regels gaat; zeker als het Centraal Tuchtcollege jurisprudentie wil ontwikkelen. En daarin is het volgens mij tekortgeschoten.

Mijn commentaar is dus geen verkrampde reactie, maar een weloverwogen reactie van een bezorgde huisarts die het doel van het college steunt: het verbeteren van de kwaliteit van de huisartsenposten in het algemeen en van gegevensoverdracht en triage in het bijzonder. Ik ben alleen bang dat deze uitspraak daar niet toe heeft bijgedragen.

Roelf Norg