

Medische verantwoordelijkheid GGD artsen in het kader van testen en vaccinaties

1. Inleiding, vraagstelling en opbouw

Vanuit GGD GHOR Nederland is de vraag opgekomen welke verantwoordelijkheid de aan GGD'en verbonden artsen¹ hebben bij de uitvoering van de grootschalige programma's inzake testen op Covid 19 en vaccineren tegen Covid 19.

Omdat sprake is van een keten en meerdere partijen dient die vraag te worden gezien in de bredere context van verantwoordelijkheden in de keten waarvan de aan de GGD'en verbonden artsen een onderdeel zijn.

Die keten wordt beheerst door wettelijke normen en veldnormen. Die laatste zijn overigens in deze context vaak zeer recent en mogelijk deels nog in ontwikkeling.

De brede vraag moet in die context worden gezien. Achter de vraag zitten twee subvragen:

- a. Welke medische verantwoordelijkheid *kunnen* de GGD-artsen redelijkerwijs aannemen bij de te ontwikkelen richtlijnen etc. omtrent de grootschalige programma's;
- b. Wat zijn de consequenties voor een GGD-arts bij de uitvoering van de programma's op basis van de richtlijnen, protocollen en overeenkomsten in de keten indien er ergens een fout zou optreden.

Om beide vragen te beantwoorden is deze notitie is als volgt opgebouwd. Eerst worden enkele van de meest relevante wettelijke regelingen behandeld. De beide subvragen worden daarbij niet onderscheiden.

De wettelijke regelingen zijn naar mijn mening niet helemaal toegesneden op wat bij de grootschalige programma's rond Covid 19 testen en vaccineren aan de orde is. Die wetgeving heeft met name betrekking op het 'meso niveau' van de organisatie die zorg aan patiënten/cliënten aanbiedt en het 'micro niveau' van de hulpverlener die in een bepaald geval zorg levert. Bij deze programma's zit er een niveau boven. Het macroniveau van de centrale inkoop (van testkits en vaccins), van een groot deel van de logistiek en cold chain voor de vaccins, het inrichten van ICT systemen en call centers en daarnaast ook het opstellen van de richtlijnen. Voorzover-GGD artsen daarbij worden betrokken, is subvraag a relevant.²

Naarmate dit minder het geval is, zou subvraag b des te relevanter kunnen worden.

¹ Onder aan GGD'en verbonden artsen wordt in dit verband verstaan die specialisaties die volgens artikel 17 van het Besluit publieke gezondheid regulier aan een GGD verbonden dienen te zijn, in het bijzonder sociaal geneeskundigen en epidemiologen.

² Dat macroniveau omvat daarmee meer dan het vaststellen van landelijk beleid. Er worden ook concrete (rechts)handelingen verricht zoals het sluiten van overeenkomsten met leveranciers waar de GGD'en in de keten op moeten aansluiten.

Na de algemene beschouwing wordt ingezoomd op het begrip ‘medische verantwoordelijkheid’ van de GGD artsen, waarbij beide subvragen wel worden onderscheiden en toegepast op een aantal scenario’s. Eens te meer zal blijken dat zulke verantwoordelijkheid naar mijn mening niet los kan worden gezien van de organisatie op macroniveau en dat die verantwoordelijkheid met name voor subvraag b ook vanuit die context dient te worden gerelativeerd.

Tot slot van deze inleiding een disclaimer. Deze notitie bevat uitsluitend de hoofdlijnen van de vraag rond verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de programma’s en uitsluitend toegespitst op de verantwoordelijkheid van de aan de GGD’en verbonden artsen. Ongetwijfeld valt er veel meer over op te merken. Daartoe ontbraken de tijd en de opdracht.

Voorts is deze notitie uitsluitend gebaseerd op *desk research*. De tijd ontbrak eveneens om een aantal deskundigen te raadplegen, met name rond de inrichting van teststraten en veiligheidssystemen.

2. De toepasselijke regelgeving

Het voert hier te ver om alle toepasselijke regelgeving te behandelen. Bijvoorbeeld de Geneesmiddelenwet is relevant voor het distribueren van de vaccins en de bewaking van de eventuele bijwerkingen. De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Nederlandse Uitvoeringswet AVG is relevant voor het inrichten van zowel een ICT systeem voor de Covid testen (aanmelden en feedback) als voor het systeem van registratie van de vaccinaties. De Wet op het RIVM is relevant voor diens taken maar ook voor welke gegevens het mag verwerken. Uiteraard is de Wet publieke gezondheid (WPG) van belang voor de taken van de GGD’en, de veiligheidsregio’s en die van het RIVM en de verplichte notificatie van een bewezen Covid besmetting aan het RIVM. Een van de spoedwetten in het kader van COVID 19 regelde ook de CVD-app via een wijziging van de WPG.

De (huidige) wetgeving voor medische hulpmiddelen is relevant voor het in de handel brengen van Covid-testkits.

En dat zijn de nog slechts de hoofdzaken. Voor door overheid ingerichte ICT systemen geldt bijvoorbeeld ook de Wet beveiliging netwerk- en informatiesystemen. Voor de voorwaarden voor het mogen en dan ook moeten registreren van het BSN in de zorg en het gegevensverkeer tussen zorgaanbieders geldt de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg.

Het aanbod om te testen valt onder de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). Aangezien naar algemeen wordt aangenomen testen op Covid geen vergunningsplichtig bevolkingsonderzoek is volgens de WBO en de WBO uitsluitend over zulk bevolkingsonderzoek bijzondere regels stelt, wordt ook aan de WBO verder voorbijgegaan.

De vraagstelling heeft een vooronderstelling van – mogelijke – individuele verantwoordelijkheid van de GGD arts. Dan zitten wij meer op het meso- en microniveau en zijn met name de volgende 3 wetten relevant:

- a. De Wet kwaliteit, klachten, geschillen zorg (Wkkgz).
- b. De regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst als onderdeel van Burgerlijk Wetboek (WGBO)
- c. De Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

Het voert uiteraard te ver om die wetten hier in extenso te behandelen. Voorzover hier relevant het volgende.

Ad de Wkkgz

Aangrijpingspunt van de Wkkgz is het verlenen van zorg, tenzij deze 'zorg' van de Wkkgz is uitgezonderd. Zorg is ruim omschreven. De werkzaamheden van de GGD'en vallen onder 'andere zorg' in de zin van lid 1 derde gedachtestreepje van de Wkkgz en bij gebreke aan een uitzondering is de GGD een zorgaanbieder in de zin van de Wkkgz.

De voornaamste hier relevante verplichting is het bepaalde in de leden 2 en 3:

Artikel 2 Wkkgz bepaalt dat de zorgaanbieder 'goede zorg' moet aanbieden waartoe behoort (onderdeel b van lid 2):

waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet

Artikel 3 bepaalt in essentie dat de zorgaanbieder daartoe een kwaliteitssysteem moet inrichten. Artikel 7 Wkkgz bepaalt dat dit systeem systematisch gemonitord moet worden.

Ad de WGBO

Deze regeling bepaalt de verantwoordelijkheden van de hulpverlener in relatie tot de hulpvrager, de patiënt in termen van de WGBO.

Aangrijpingspunt is hier "alle verrichtingen - het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen - rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en ertoe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, dan wel deze verloskundige bijstand te verlenen" (7:466 BW)

Indien een organisatie of individu aanbiedt om zulke handelingen te verrichten, en iemand daarvan gebruik maakt, ontstaat een behandelingsovereenkomst. Zowel testen als vaccineren vallen onder voornoemde handelingen. Met de GGD komt dus een behandelingsovereenkomst tot stand.

De WGBO kent de patiënt en aantal rechten toe met dito verantwoordelijkheden voor de hulpverlener. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de WGBO het begrip hulpverlener ietwat ongelukkig in twee betekenissen gebruikt. Namelijk:

- De rechtspersoon met wie de behandelingsovereenkomst wordt gesloten;
- De individuele hulpverlener die binnen die rechtspersoon aan de WGBO verantwoordelijkheden uitvoering moet geven.

Bij civielrechtelijke aansprakelijkheid (een claim voor schadevergoeding) komt het op eerstgenoemde hulpverlener aan. Bij tuchtrechtelijke aansprakelijkheid zal het in de regel om de hulpverlener in de tweede betekenis gaan.

De rechten van de patiënt/verplichtingen van de hulpverlener krachtens de WGBO zijn waarschijnlijk wel bekend. Alweer de hoofdzaken:

- Informed consent die overigens bij verrichtingen van niet-ingrijpende aard mag worden verondersteld. Uit een oude tuchtrecht uitspraak moet daar bij een diagnostische procedure overigens niet alleen de ingreep zelf onder worden begrepen maar ook de eventuele consequenties van de uitslag;³
- Dossierplicht voor de hulpverlener, inzage-recht en een geclausuleerd vernietigingsrecht voor de patiënt.
- Geheimhoudingsplicht ten opzichte van degenen die niet rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst zijn betrokken met uitzondering van :
 - Een wettelijke verplichting, zoals op grond van de WPG bij een positieve Covid test;
 - Geclausuleerd bij wetenschappelijk onderzoek (7:458 BW, best wel relevant in deze context maar niet verder behandeld)
 - Een eventueel conflict van plichten (niet wettelijk geregeld, eveneens niet verder behandeld)
- De norm waaraan een hulpverlener zich dient te houden, zijnde
 - de zorg van een goed hulpverlener en te handelen in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard, waaronder de kwaliteitsstandaard, bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van de Zorgverzekeringswet (7:453 BW).

Ad de Wet BIG

Een super complexe wet en alweer heel kort. Het doel van de Wet BIG is: het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het beschermen van de patiënt tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. In dat kader regelt de Wet BIG onder andere beroeps- en titelbescherming van artsen en hun specialismen. Maar dat betekent bepaald niet dat uitsluitend artsen handelingen op het gebied van de geneeskunst (grotendeels overeenkomende met de definitie in de WGBO) mogen verrichten. Integendeel: dat is onder Wet BIG vrij, zij het dat er wel een verzwaarde strafmaat is voor niet-Wet BIG-geregistreerden die buiten noodzaak schade toebrengen.⁴

Voor de reguliere zorg bestaat deze vrijheid overigens niet. In samenhang met de Wkkgz betekent de Wet BIG dat een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar verantwoordelijk is voor de zorg. Tegelijk bestaat de zorg momenteel uit een samenspel van verschillende disciplines. Een aantal essentiële disciplines, met name rond de gespecialiseerde laboratorium beroepen maar ook bijvoorbeeld de doktersassistent, zijn niet in of bij de Wet BIG geregeld. De redenen zijn samenvattend dat er voor die beroepen andere mechanismen zijn dan via de Wet BIG om de patiënt te beschermen tegen onzorgvuldig handelen dan wel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bevorderen.

Voorbehouden handelingen zijn een uitzondering op het 'vrije' systeem van de Wet BIG. Anders dan in oerversie van de Wet BIG is dit nu een genuanceerd systeem. Bijvoorbeeld verrichten van puncties of het voorschrijven van medicijnen is al lang niet meer uitsluitend aan (tand)artsen voorbehouden. Voor het verrichten van puncties is de verpleegkundige zelfstandig handelingsbevoegd. En bijvoorbeeld gespecialiseerde verpleegkundigen mogen binnen voorwaarden zelfstandig medicijnen voorschrijven. Het ziet er naar uit dat deze zogenaamde

³ Hiv test casus in denk ik laat 80'er jaren toen nog geen behandeling mogelijk was. Niet meer opgezocht.

⁴ Artikel 96 Wet BIG

taakherschikking⁵ nog wel enige tijd doorgang zal vinden. Daarnaast mochten bepaalde handelingen al van oudsher krachtens de zogenaamde verlengde arm constructie worden verricht.⁶ Daartoe moet de opdrachtnemer wel bekwaam zijn. De voorwaarden voor het uitvoeren van een handeling krachtens de ‘verlengde arm’ kunnen ook bestaan uit protocollen. Met andere woorden, na een bekwaamheidstest kan de opdracht van de arts bestaan uit het verrichten van de voorbehouden handeling, zoals een injectie, aan degenen die daarvoor volgens het protocol in aanmerking komt en volgens de wijze van het protocol. Toezicht en de mogelijkheid van tussenkomst kunnen proportioneel worden ingevuld, naar de mate van de risico’s van de voorbehouden handeling. Men hoeft er niet bij te staan maar moet op de achterhand wel beschikbaar zijn om op te kunnen optreden bij complicaties.

Van belang is tot slot dat volgens de Wet BIG en ook het tuchtrecht ‘de arts’ eigenlijk niet bestaat. ‘Bevoegd maakt niet bekwaam’: een algemene bevoegdheid mag uitsluitend worden uitgeoefend voor zover men bekwaam is.⁷ Dat geldt niet uitsluitend bij voorbehouden handelingen maar in het algemeen. Men dient binnen diens gebied van deskundigheid te blijven. Dit is een belangrijk punt bij het vervolg.

Verdieping Wet BIG: de zogenaamde tweede tuchtrechnorm

Beroepsbeoefenaren van Wet BIG register beroepen kunnen via het tuchtrecht ter verantwoording worden geroepen. Er zijn twee tuchtnormen. De eerste heeft betrekking op de zorg jegens een bepaalde patiënt of diens naasten. In de onderhavige situatie zal daar voor de GGD arts niet snel sprake zijn. Die individuele relatie ontbreekt bij de massale campagnes.

De tweede tuchtnorm is (mijn parafrase)

- enig ander (dan jegens een bepaalde patiënt of diens naasten, de eerste norm) handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt.⁸

In dat kader is de verantwoordelijkheid van een Wet BIG-geregistreerde op wat ik noem het mesoniveau aan de orde geweest. Dat wordt in het tuchtrecht het ‘weerslagcriterium’ genoemd.

“Voor het handelen in strijd met de tweede tuchtnorm is vereist dat het voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Daarbij dient terughoudend te worden getoetst als het handelen niet een individuele patiënt betreft, maar veeleer betrekking heeft op de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder die wordt verleend, omdat dit handelen behoort tot de keuzes in het kader van de bedrijfsvoering waarbij de bestuurder dan wel de leidinggevende in beginsel beleidsvrijheid heeft, ook al kunnen die keuzes gevolgen hebben voor de individuele gezondheidszorg.”⁹

Het gaat hierbij om ‘systeemtoezicht’ op dat ‘mesoniveau’. Zoals blijkt uit voornoemde uitspraak, wordt daarbij terughoudend getoetst. Een eerdere uitspraak samenvattend: het moet

⁵ Zie bijvoorbeeld <https://zorgmasters.nl/uitgelicht/wat-is-taakherschikking/>

⁶ Artikel 35 ju. 38 Wet BIG

⁷ Artikel 36a lid 1 Wet BIG

⁸ Artikel 47 onder b Wet BIG

⁹ ECLI:NL:TGZRAMS:2019:136 Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 2018/364

blijken dat in dit geval de directeur onvoldoende toezicht zou houden op de in zijn ziekenhuisorganisatie verleende zorg.¹⁰ Hoe dat toezicht concreet moet worden vormgegeven kan aan de hand van tuchtrecht-uitspraken niet worden geconcretiseerd.

3. Toespitsing op de 'medische verantwoordelijkheid van de GGD' arts

3.1 algemeen

In het Handboek Gezondheidsrecht¹¹ ontbreekt een trefwoord 'medische verantwoordelijkheid'. Het handboek staat overigens wel bol van voorbeelden waarin de medische of professionele verantwoordelijkheid niet werd waargemaakt. Het gaat dan niet om een morele verantwoordelijkheid maar om een juridische verantwoordelijkheid zoals die blijkt uit aansprakelijkheid in het civielrecht of het tuchtrecht.

Algemeen aanvaard in de gezondheidszorg en het gezondheidsrecht is 'de (medisch) professionele standaard. Die wordt in het handboek omschreven als 'het handelen met de deskundigheid en zorgvuldigheid die van hem in deze situatie verwacht mocht worden'.¹² Het gaat dan vrijwel steeds om het handelen op het 'microniveau' en enkele keer het 'mesoniveau'. Het is een containerformulering waaronder de voornoemde norm uit de WGBO valt, maar ook eerbiediging van de patiëntenrechten.

3.2 verantwoordelijkheid in context

Zoals uit de omschrijving uit het Handboek blijkt, gaat het om verantwoordelijkheid in context. Daarbij geldt dat, zoals ook bleek uit de beschrijving van de Wet BIG, dat de arts lang niet meer de maat der dingen in de zorg is en voorzover wel, dan ook welke arts, met name welk specialisme.¹³ Die verantwoordelijkheid is ingebed in een stelsel van normen en richtlijnen en overeenkomsten, dat met name in dit geval op het macroniveau is ingevuld.

Ad subvraag a

Subvraag a betreft de welke verantwoordelijkheid de GGD' arts redelijkerwijs toebedeeld mag worden bij de invulling van de normen, etc. op macroniveau. Die kan niet worden behandeld zonder te beoordelen wat er op meso of individueel wordt verwacht of mag worden verwacht. Tot die beoordeling zal eerst worden overgegaan.

Ad subvraag b

Specifiek met betrekking tot de testen speelt de antigeen test.

¹⁰ ECLI:NL:TGZCTG:2016:95 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag c2015.271

¹¹ Leenen et al, ^{5.1.2e} Juridisch, 7^e druk, Den Haag, 2017

¹² Ibid p. 68.

¹³ Bijvoorbeeld een verpleegkundig specialist die zelfstandig medicijnen mocht voorschrijven had nagelaten de relevante specialisten te consulteren bij haar aanpassing van het medicatiebeleid. ECLI:NL:TGEIN:2020:34.

Bij het testen in het algemeen is sprake van een keten van handelingen: afnemen van de testmonsters, verzendklaarmaken, het laboratorium gedeelte waaronder inname van het materiaal op de testlocatie, vervoer en beoordeling van het materiaal, verzending van de uitslag en vervolgens weer het GGD deel waaronder meedelen van de uitslag aan de betrokkene.

Het afnemen van het monster is geen voorbehouden handeling maar dat betekent uiteraard niet dat het niet zorgvuldig moet gebeuren door daartoe bekwame medewerkers volgens een protocol tot en met het verzendklaar maken. Van belang is dat de mededeling als sluitstuk van het proces niet wordt aangemerkt als een medische diagnose.¹⁴ De deelnemer is al of niet positief en in het eerste geval volgt een brief met zeer dringende adviezen hoe te handelen.¹⁵

Bij de antigeentest ontbreekt het verzenden. De antigeentest wordt op de testlocatie uitgevoerd. De GGD arts is voor het beoordelen van het monster naar mijn mening niet verantwoordelijk. Voor de verantwoordelijkheid op systeem niveau is de kwalificatie van de testkit als CE goedgekeurd in vitro diagnosticum niet voldoende. ISO norm 22870 (2016) is van toepassing op zulke 'point of care' testen. Dan gaat het er om hoe de beoordeling van het monster in concreto wordt uitgevoerd. Niet uitsluitend de temperatuur maar ook het schoonmaken van het apparaat en voorkomen kruisbesmettingen bij een zeer intensief gebruik om maar een paar punten te noemen die ik als betrekkelijke leek kan bedenken.

Dat vereist specialistische expertise zoals in voornoemde ISO norm benoemd. Ik verwijs ook naar artikel 4.2.2. onder g van de norm. De aanbieder van de testkit zal die competente persoon moeten leveren (uiteraard kunnen meerdere teststraten door één competente persoon worden overzien) dan wel de GGD zal zo'n persoon moeten inhuren. Dat hoeft naar mijn mening niet zonder meer een medisch-microbioloog te zijn. Er lijken mij ook andere laboratorium specialismen hiervoor geschikt en die hoeven niet altijd een Wet BIG geregistreerde arts te zijn. Dat een zodanige competente persoon op de goede werking van de testkits toeziet, is wel weer een systeem verantwoordelijkheid van de GGD arts.

De conclusie is dus gemengd. Voor een deel ligt er een systeemverantwoordelijkheid op mesoniveau bij de GGD arts. Op de goede werking van de antigeentest op de locaties dient een competent persoon in de zin van ISO norm 22870 toe te zien. De uitvoering van deze werkzaamheden is niet de verantwoordelijkheid op mesoniveau van de GGD arts. Wel op systeemniveau dat zo'n persoon er is.

Specifiek met betrekking tot de vaccinaties speelt de medische verantwoordelijkheid voor het uiteindelijk toedienen van een vaccin. Gelet op de recente brief van minister de Jonge¹⁶ lijken mij hier geen verantwoordelijkheden op meso of microniveau bij GGD artsen te worden belegd die vanuit hun bekwaamheid volgens de Wet BIG niet zouden kunnen worden wargemaakt. Van de RIVM richtlijn inzake Covid 19 vaccinaties is voor het onderhavige onderwerp met name Bijlage 3 van belang. Daarbij een aantal kanttekeningen. De daar genoemde voorwaarden voor het zelfstandig uitvoeren door bevoegde verpleegkundigen gelden natuurlijk

¹⁴ Zie ook de uitspraak inzake het PCR testbeleid van de rechtbank Den Haag van 9-12-2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:12449. In het kort: door 'viruswaarheid' was gesteld dat de PCR testen in strijd met de toepasselijke normen werden uitgevoerd want dat een test niet tot een medische diagnose 'ziek' of 'niet ziek' kan leiden. De voorzieningenrechter (kort geding rechter) oordeelde dat dit ook niet gebeurt bij de testen. Er wordt uitsluitend beoordeeld of men al of niet het virus bij zich draagt. Hoewel het RIVM in het verleden ook wel sprak van 'patiënten' bij positief geteste personen, was die terminologie al lang aangepast.

¹⁵ Zie <https://lci.rivm.nl/informatie-thuis>. Hoewel de tekst spreekt van moet, ontbreekt een sanctie. Vanwege de massaliteit van de besmettingen kan artikel 35 van de WPG niet worden toegepast..

¹⁶ 21 december 2020, Kenmerk 1804436-216487-PDC19

evenzeer voor de krachtens de verlengde arm werkende andere medewerkers. Dat is het na de bekwaamheidstest werken volgens het protocol. Aan de (interval)anamnese zal die medewerker niet toekomen. Dat moet bij de aanmelding worden gedaan en worden gecontroleerd bij de ingang. Maar dat geldt ook voor de verpleegkundige die zal vaccineren.

De GGD arts heeft hier samen met de GGD als organisatie de verantwoordelijkheid dat de processen zo worden ingericht en gecontroleerd als in de richtlijn beschreven. Dat is de verantwoordelijkheid op 'meso niveau' zoals eerder beschreven.

Dat is anders indien de arts specifiek wordt geraadpleegd over een bepaalde casus. Uit de richtlijn:

De verpleegkundige¹⁷ overlegt met de arts bij alle situaties waarin zich nieuwe (medische) vragen of zorgen voordoen die mogelijk van invloed zijn op het vaccineren. Dit is bijvoorbeeld bij heftige bijwerkingen na de vorige vaccinatie, nieuwe aandoeningen of afweerremmende medicatie of nieuwe vragen die de verpleegkundige niet zelf kan beantwoorden.

In dat geval is er een individuele verantwoordelijkheid voor de patiënt. Dan zal de GGD arts voor diens advies afhankelijk zijn van hetgeen de verpleegkundige over de patiënt noteert, tenzij de arts die patiënt zelf zou spreken. In dit verband kan een *analogie* worden gemaakt met de in het tuchtrecht vrij veel voorkomende situaties van triage door de gespecialiseerde doktersassistente. In beginsel mag de huisarts op de voldoende onderbouwde (volgens de NTS standaard) aantekeningen van de daartoe opgeleide doktersassistente/triagist afgaan.¹⁸ Er kunnen echter redenen zijn om door te vragen.¹⁹ Met andere woorden en toegespitst op vaccinaties: indien het verslag van de 'intake verpleegkundige' voor een redelijk bekwaam beroepsbeoefenaar twijfel laat, zowel inhoudelijk als betreffende de opbouw, zal de GGD arts met de patiënt contact moeten opnemen om door te vragen. Het advies van de arts of wel of niet kon worden gevaccineerd, zal vervolgens ook worden getoetst aan de norm van een redelijk bekwaam waarbij in aanmerking met worden genomen dat deze bij volgens die norm aanhoudende twijfel een specialist zal moeten raadplegen.

Terug naar subvraag a

Nu is aan de orde of de GGD arts de landelijke aanpak zoals hiervoor besproken, op meso niveau kan waarmaken.

Die verantwoordelijkheid dat zou dan neerkomen op:

- Dat gewerkt kan worden volgens een kwaliteitssysteem met de noodzakelijke richtlijnen en protocollen;

¹⁷ Zoals volgt uit de tekst, dat moeten raadplegen geldt ook de andere medewerkers. Al zullen die in beginsel net in de situatie zijn dat zich zulke vragen voordoen. Die 'prikken' nadat de deelnemer de vragenlijst heeft doorlopen.

¹⁸ ECLI:NL:TGZREIN:2020:22

¹⁹ ECLI:NL:TGZCTG:2019:241 . gecompliceerde zaak want in dit geval had de huisarts wel doorgevraagd maar niet bij de eerste triagist waarbij het verslag onduidelijkheden liet.

- Dat er vervolgens ook volgens richtlijnen en protocollen wordt gewerkt (met uitzondering van die aspecten waarvoor de verantwoordelijkheid uitdrukkelijk bij een andere beroepsbeoefenaar is belegd, zoals het kwaliteitssysteem van de antigeen test-kits);
- Dat de GGD arts kundig optreedt bij twijfels of een bepaalde persoon een vaccinatie kan ontvangen;
- Dat overigens adequaat wordt gereageerd op incidenten,

Ook die punten kunnen niet uitsluitend door de GGD' arts worden ingevuld. Dat betreft de verantwoordelijkheid van de hele GGD met adequate wat ik noem managerial ondersteuning in aansluiting op de landelijke richtlijnen en protocollen. Die protocollen, richtlijnen maar ook de op macro niveau te sluiten overeenkomsten moeten de GGD arts de ruimte bieden om de verantwoordelijkheid die hem/haar wordt toebedeeld binnen diens gebied van bekwaamheid ook waar te maken.

Is dat niet het geval, zal de GGD arts aan de bel moeten trekken. Ik geef toe dat dat gemakkelijker is gezegd dan gedaan. Het is ook bepaald geen oproep tot 'verzet' van een individuele arts die zich in een bepaald protocol niet kan vinden. Indien gebaseerd op voldoende landelijke consensus en opgesteld met inachtneming van het hiervoor behandelde, heeft men zich daarbij neer te leggen.

En in dat geval is tuchtrechtelijke aansprakelijkheid bij een redelijk zorgvuldige uitvoering van de vier genoemde punten niet te verwachten.

18-01-2020

5.1.2e