

Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde

F. VAN WIJMEN
R. GROL

In dit artikel wordt verkend welke consequenties de NHG-standaarden kunnen hebben als maatstaf voor juridische toetsing in gerechtelijke procedures en voor onderhandelingen met verzekeraars met het oog op het sluiten van overeenkomsten. Door recente ontwikkelingen in beleid en wetgeving zullen door de beroepsgroep ontwikkelde kwaliteitsmaatstaven een grotere rol gaan spelen bij de beoordeling van de vraag of de huisarts medisch-professioneel zorgvuldig en kwalitatief verantwoord heeft gehandeld. Hieruit kan echter nooit de verplichting voortvloeien om in elk individueel geval precies de standaard te volgen. Wel zal de huisarts meer dan voorheen zijn handelen inzichtelijk moeten kunnen maken.

Van Wijmen F, Grol R. Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1992; 35(6): 235-9.

Prof. dr. F. van Wijmen, hoogleraar gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg; Prof. dr. R. Grol, hoogleraar, coördinator Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Katholieke Universiteit Nijmegen/Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentie: Prof. dr. F. van Wijmen, Vakgroep Gezondheidsrecht, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Inleiding

Medisch handelen is voor een belangrijk deel een individuele aangelegenheid tussen arts en patiënt. De uiteindelijke verantwoordelijkheid voor het beslissingsproces over diagnostiek en behandeling ligt in die relatie. Niettemin dringt het besef steeds meer door dat de geneeskunst niet – zoals de Kunst in de ogen van Kloos – de ‘allerindividueelste expressie van een allerindividueelste emotie’ is. Zij dient ook te voldoen aan algemene maatstaven voor kwaliteit.^{1,2} De afgelopen decennia hebben zich allerlei vormen van rationalisering van de medische besluitvorming ontwikkeld.³ In de Nederlandse huisartsgeneeskunde staan daarbij sinds enkele jaren de vorming, verspreiding en toepassing van standaarden centraal: ‘landelijk geldende, wetenschappelijk gefundeerde en praktisch haalbare richtlijnen, die houvast bieden voor het dagelijkse handelen en kunnen dienen als hulpmiddel bij deskundigheidsbevordering’.⁴

Standaarden maken de zorg meetbaar. Daarmee zijn zij niet alleen een intern instrument voor kwaliteitsbevordering, maar ook een middel in handen van ‘buitenstaanders’ bij beleid, regulering, planning en financiering van de gezondheidszorg. In dit artikel gaat het om twee soorten gebruik door zulke ‘buitenstaanders’:

- Het gebruik van NHG-standaarden als beoordelingsmaatstaf in zaken van aansprakelijkstelling van huisartsen door patiënten.
- Het gebruik van NHG-standaarden in het verkeer met zorgverzekeraars.

Normering van medisch handelen

De toenemende mondigheid van patiënten heeft als keerzijde dat patiënten meer gaan eisen, met name op het vlak van de medische consumptie. In het verlengde hiervan zouden patiënten, meer dan tevoren, hun toevlucht kunnen gaan nemen tot juridische procedures waarin ze, met een bepaalde standaard in de hand, de huisarts ter verantwoording roepen. In de Verenigde Staten heeft het gebruik van deze juridische weg een enorme vlucht genomen: 34 pro-

cent van de Amerikaanse huisartsen was in 1985 betrokken bij een gerechtelijke procedure.

De vraag is wat in de Nederlandse context de standaarden betekenen voor de juridische aansprakelijkheid van de huisarts. Zullen en mogen ze door de (tucht) rechter als maatstaf worden gebruikt?

De centrale verplichting die de arts jegens zijn patiënt heeft is het leveren van ‘verantwoorde zorg’: medisch-professioneel deskundig en zorgvuldig handelen, oftewel handelen volgens de medisch-professionele standaard. Volgens de nota ‘Kwaliteit en zorg’ is ‘verantwoorde zorg’ aanwezig als de zorg beantwoordt aan de reële behoefte van de patiënt, als zij van inhoudelijk goed niveau is en zowel doelmatig als patiëntgericht wordt verleend.⁵ Alom aanvaard voor de omschrijving van het begrip medisch-professionele standaard is ‘zorgvuldig volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring handelen als een redelijk bekwaam arts van gelijke medische categorie in gelijke omstandigheden met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concreet behandelingsdoel’.⁶ Er wordt dus een redelijke bekwaamheid geëist, die wordt afgemeten aan de beroepscategorie waartoe de desbetreffende arts behoort.

Over de concrete normering van het medisch handelen zeggen deze omschrijvingen nog niet veel. *Gevers* onderscheidt vier soorten beroepsregels: wettelijke voorschriften, regels voortvloeiend uit de rechten van de patiënt, gedragsregels (meestal ontwikkeld in de desbetreffende beroepsgroep) en medisch-technische regels, ontleend aan de medische wetenschap en de medische praktijk.⁷ *Kastelein* specificeert als bronnen: wettelijke regels en daarop gebaseerde rechterlijke uitspraken, normen op wetenschappelijk gebied, zoals onder andere geformuleerd door de Gezondheidsraad en wetenschappelijke verenigingen, normen geformuleerd door de geneeskundige inspectie en normen geformuleerd door de beroepsorganisatie.⁸

De technisch-vakinhoudelijke normering is hoofdzakelijk afkomstig uit de wetenschappelijke hoek. Inspectie en beroepsorganisaties vullen, naast medisch-ethische componenten, vaak ook (procedu-

rele) zorgvuldigheidsnormen in. De wetgever pleegt zich terughoudend op te stellen aanzien van de inhoud van het medisch handelen en stelt vooral eisen ter waarborging van de kwaliteit en de bescherming van individu en samenleving. 'Standaarden' zijn normen die worden geformuleerd door de beroepsorganisaties c.q. wetenschappelijke verenigingen op basis van de actuele stand van de medische wetenschap en de medische praktijk.

Wettelijk kader

De Tweede Kamer buigt zich thans over een voorstel voor de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO).⁹

Voor de juridische vormgeving van de individuele arts-patiënt relatie zal deze wet van groot belang zijn. Tot nog toe moesten artsen en patiënten het doen met algemene bepalingen van het overeenkomstenrecht, die zijn ingevuld en uitgewerkt door literatuur en rechtspraak. Het ontwerp-WGBO legt de verhouding nu meer gedetailleerd vast in wettelijke bepalingen, waarbij met name de plichten van de arts en de rechten van de patiënt zijn geformuleerd.

Voor de huisarts wordt de relatie doorgaans als volgt gezien: hij heeft een (raam) overeenkomst met elke patiënt die bij hem staat ingeschreven. Bij een contact met de patiënt wordt die raamovereenkomst in het kader van de behandeling geconcretiseerd in specifieke overeenkomsten. Centraal staat steeds het 'informed consent' – de op basis van deugdelijke informatie door de patiënt gegeven toestemming.

Het ontwerp bevat een open norm, die verwijst naar de professionaliteit van de arts: 'De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen'. De toelichting verwijst hierbij onder meer naar regels en normen op het gebied van de hulpverlening, zoals gedragsregels en normen ontleend aan de wetenschap, die door de rechter kunnen worden gehanteerd bij toetsing van een specifiek geval.

Daarnaast zijn er allerlei publiekrechtelijke regelingen, die de kwaliteit van het medisch handelen direct en indirect beïnvloeden. Voorbeelden van de eerste categorie worden gevormd door de (toekomstige)

ge) wetgeving inzake besmettelijke ziekten, orgaandonatie en medische experimenten. Van indirecte beïnvloeding door wetgeving is sprake bij de erkenningseisen die voor instellingen gelden op basis van de Ziekenfondswet en de AWBZ.¹⁰ Als toekomstig wettelijk kader mag de Wet BIG afzonderlijk worden genoemd. Samen met de in het vooruitzicht gestelde Kwaliteitswet zorginstellingen zal deze de kwaliteitswetgeving bij uitstek gaan vormen. Behalve een regeling voor de beroepsuitoefening (registratie, titelbescherming en een verbod op uitvoering van voorbehouden handelingen) en een herziening van het tuchtrecht biedt de Wet BIG mogelijkheden tot nadere regulering van zaken als dossiervoering, waarneming, bijscholing en het verplicht deelnemen aan toetsing.

Rechterlijke toetsing

Als de rechter geroepen wordt om medisch handelen of het handelen van een medicus te beoordelen, heeft hij allereerst de wetgeving als kader. Deze bevat evenwel vrijwel geen materiële normen ten aanzien van het medisch handelen. Daarvoor zal de rechter te rade moeten gaan bij de professie.

Om na te gaan welke referentiebronnen de rechter tot nu toe heeft gebruikt voor het vellen van een oordeel over de deskundigheid en zorgvuldigheid van medici, hebben wij een analyse gemaakt van uitspraken van de strafrechter en de medisch tuchtrechter uit de laatste vijftien jaar. Dat is gebeurd aan de hand van het jurisprudentieonderzoek van *Gevers*⁷ en de rechtspraak die is gepubliceerd in het *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* en de *Gids Jurisprudentie Gezondheidsrecht*. Wij hebben ons daarbij met name gericht op uitspraken waarin het 'vakmatig handelen' van artsen in het geding was. *Tabel 1* geeft hiervan enkele voorbeelden.

Het merendeel van de referentiekaders bestaat uit enigerlei vorm van een gezaghebbend oordeel van vakgenoten. Naarmate de autoriteit meer berust op een deugdelijke wetenschappelijke onderbouwing en het referentiekader gedragen wordt door meer beroepsgeenoten, groeit de waarschijnlijkheid dat de rechter er bij zijn oordeelsvor-

ming betekenis aan zal toekennen. De verwachting is dan ook dat NHG-standaarden in de toekomst eveneens op deze wijze gebruikt zullen gaan worden: zij weerspiegelen een optimaal medisch beleid, dat onder gunstige omstandigheden (praktijkvoorzieningen, medewerking van de patiënt e.d.) uitvoerbaar is.

De standaard geldt echter steeds als abstract model, waarvan in concrete gevallen kan (of moet) worden afgeweken. De huisarts heeft een eigen verantwoordelijkheid om een specifieke patiënt met een specifieke ziekte in diens eigen fysieke en psychosociale context te behandelen. Als daarom van de standaard moet worden afgeweken, is de huisarts daartoe niet alleen gerechtigd, maar zelfs verplicht. Als hij ter verantwoording wordt geroepen, zal hij zich dan ook niet zonder meer achter de standaard kunnen verschuilen. Wél zal de standaard steeds de toetssteen zijn om te bepalen of hij deskundig en zorgvuldig te werk is gegaan.

Hoe oordeelt de rechter nu over het 'vakmatig handelen' van huisartsen?

Wij hebben een overzicht gemaakt van tuchtrechtelijke uitspraken in de afgelopen vijftien jaar, gerubriceerd naar aard van de klacht en soort uitspraak. Buiten beschouwing zijn gelaten euthanasiezaken en klachten betreffende seksueel misbruik en onzorgvuldige omgang met gegevens. In klachten waarin de desbetreffende huisarts meer verwijten zijn gemaakt, is steeds alleen het eerstgenoemde verwijt genomen.

In verreweg de meeste gevallen werden als maatregelen waarschuwing en berisping gehanteerd (*tabel 2*). Het gaat daarbij veelal om beoordelingsfouten inzake de noodzakelijkheid van huisbezoek en inzake diagnostiek. 'Zwaardere' maatregelen als boete en ontzegging van de bevoegdheid het beroep uit te oefenen, lijken gereserveerd voor fouten in behandeling of de zorgverlening.

In zeven uitspraken wordt expliciet een referentiebron genoemd: één maal de vakliteratuur en zeven maal een oordeel van deskundigen (*tabel 3*); in de overige veertig gevallen vormde de rechter kennelijk op grond van eigen kennis en inzicht een oordeel. Er blijkt een referentiebron aan te pas

Tabel 1 Voorbeelden van door de rechter gebruikte referentiebronnen.

Rechterlijke uitspraak	Klacht	Soort referentiebron
MT Den Haag 4 okt. 1989 TvGR 1990/31	Psychiater in opleiding schrijft onjuiste medicatie voor	Vakpublicaties
CMT 10 mei 1979 TvGR 1980/109	Had huisarts moeten onderkennen dat patiënt aan tbc leed?	Deskundigenoordeel
MT Den Haag 26 nov. 1975 MC 1976, p.1517	Hadden artsen moeten onderkennen dat verkeersslachtoffer aan intracraniele bloeding leed?	Procedurevoorschriften
CMT 18 november 1976 MC 1977, p.437	Had chirurg moeten onderkennen dat bij patiënt gasgangreen was opgetreden?	Wetenschappelijke expertise
MT Zwolle 1 april 1975 MC 1975, p.1149	Had tijdens een anaesthesie als deze een ECG gemaakt moeten worden?	Consensus onder vakgenoten
CMT 18 januari 1990 TvGR 1990/76	Ten onrechte vruchtwaterpunctie bij 36-jarige zwangere afgewezen	Bulletin Inspectie
MT Den Haag 15 okt. 1980 TvGR 1982/15	Waarnemingsregeling moet zo zijn dat risico's van lacunes worden vermeden	KNMG-gedragsregels

Tabel 2 Overzicht van tuchtrechtelijke uitspraken betreffende huisartsen in de periode 1975-1990, gerubriceerd naar aard van de klacht en uitspraak.

Aard van de klacht	1	2	3	4	5	6	7	8
Niet afleggen huisbezoek			7	4		1		12
Nalaten onderzoek, missen diagnose	4		6	4				14
Niet/te laat verwijzen	1			1				2
Inadequate behandeling, onvoldoende zorg	1		1	3	4		1	10
Inadequate praktijkvoering/organisatie	4	1	2	1		1		9
Totaal	10	1	16	13	4	2	1	47

1 klacht ongegrond verklaard; 2 klacht gegrond verklaard zonder oplegging maatregel; 3 waarschuwing; 4 berisping; 5 boete; 6 schorsing; 7 ontzegging; 8 totaal.

Tabel 3 Uitspraken over de periode 1975-1990 betreffende huisartsen waarbij de tuchtrechter een beroep heeft gedaan op een referentiebron.

Uitspraak	Vindplaats	Klacht	Uitspraak	Referentiebron
CMT 26/8/1976	TvGR 1977/20	diagnose gemist*	ongegrond	desk. oordeel
CMT 31/3/1977	TvGR 1977/37	ongebruikelijke prescriptie*	ongegrond	publicatie
CMT 10/5/1979	TvGR 1980/109	diagnose niet gesteld*	ongegrond	desk. oordeel
Hof Den Haag 2/7/1983	TvGR 1983/46	onvoldoende onderzoek*	ongegrond	desk. oordeel
MT A'dam 2/1/1984	TvGR 1984/29	niet-tijdige diagnose*	waarschuwing	desk. oordeel
CMT 20/9/1984	TvGR 1985/7	ondeskundige behandeling†	ongegrond	desk. oordeel
Hof Arnhem 10/7 en 25/9/1985	TvGR 1987/46	ondeskundige behandeling, onjuiste diagnose, niet-tijdig inroepen consult	boete	desk. oordeel

* Correspondeert met de rubriek 'nalaten onderzoek, missen diagnose' uit tabel 2.

† Correspondeert met de rubriek 'inadequate behandeling, onvoldoende zorg' uit tabel 2.

te komen bij ingewikkelde medisch-technische problemen; aperte fouten en organisatorische kwesties kon de rechter doorgaans 'op eigen kracht' af.

Overeenkomsten tussen beroepsbeoefenaren en verzekeraars

De contracteerplicht in het kader van de ziektekostenverzekering is opgeheven. Verzekeraars en zorgverleners zullen in het nieuwe stelsel onderhandelen om afspraken over kwaliteit en doelmatigheid in hun overeenkomsten op te nemen. De overheid gaat ervan uit, dat verzekeraars en beroepsbeoefenaren in dit verband tot de formulering van concrete kwaliteitseisen zullen komen.⁵ Daartoe worden de begrippen 'goed verzekeraarschap' en 'goed medewerkerschap' uitgewerkt. In het kader van dit laatste wordt gesuggereerd dat voor de huisartsen de NHG-standaarden als richtsnoer gebruikt kunnen worden.¹¹ Het is dus niet ondenkbaar dat verzekeraars in de toekomst met de standaarden in de hand gaan beslissen over de vraag of ze met bepaalde (groepen) huisartsen een overeenkomst zullen afsluiten. De vraag is in hoeverre standaarden op deze wijze gebruikt kunnen en mogen worden.

Relevant in dit verband is de huidige praktijk van het Nederlandse ziektekostenverzekeringstelsel, waarin ziekenfondsen en uitvoeringsorganen van de AWBZ via overeenkomsten hulpverleners en instellingen als medewerkers aan zich binden om aldus de verstrekkingen aan verzekerden te kunnen garanderen. Na de introductie van het fenomeen 'modelovereenkomst' wordt hiermee inmiddels het hele terrein van de gezondheidszorg bestreken met dergelijke overeenkomsten. Ook voor de relatie tussen huisarts en ziekenfonds is er een dergelijke modelovereenkomst, die echter vooral een administratief karakter heeft. De modelovereenkomst bepaalt dat de huisarts bij zijn hulpverlening aan ziekenfonds-verzekerden 'de eisen die volgens de stand van de wetenschap redelijkerwijze aan huisartsen mogen worden gesteld' in acht moet nemen (art. 9 eerste lid).

Sinds eind 1991 geldt niet meer de vroegere contracteerplicht.^{12 13} Niet duidelijk is

evenwel hoe groot de contracteervrijheid zal zijn op het niveau van individuele verzekeraars en (groepen) beroepsbeoefenaren.¹⁴

In het zicht van de opheffing van de contracteerplicht is door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een begin gemaakt met een bepaalde normering voor de beroepsuitoefening in de vorm van eisen voor 'goed medewerkerschap'. Van dat laatste is sprake als een medewerker 'zorg verleent op kwalitatief verantwoorde wijze, waarbij tevens wordt voldaan aan criteria van doelmatigheid'.

Expliciet wordt ingegaan op protocollering en standaardontwikkeling als hulpmiddelen voor kwaliteitsbewaking en -bevordering. Met het ontwikkelen van standaarden en protocollen voldoen beroepsgroepen aan hun primaire verantwoordelijkheid voor de vakinhoudelijke ontwikkeling van de beroepsuitoefening en voor de kwaliteit van de zorgverlening. Verzekeraars, aldus het NRV-rapport, dienen dit te steunen en te stimuleren, 'o.a. door er in de overeenkomsten expliciet naar te verwijzen'.

Een dergelijke verwijzing kan ons inziens niet meer betekenen dan dat een hulpverlener – in casu de huisarts – zich dient in te spannen om volgens standaarden te werken; het gaat dus om een 'inspanningsverbintenis'. Ook in deze context geldt dat de standaard richtsnoer is, waarvan de huisarts, naar de omstandigheden van het geval, mag en soms moet afwijken, mits hij dit kan verantwoorden; de bewijslast ligt bij hem.

Beschouwing

De standaarden zijn nog zo recent, dat klagende patiënten, delibererende rechters of zakelijke verzekeraars er nog niet hun toevlucht toe hebben kunnen nemen. Het is echter niet onwaarschijnlijk, dat ze dit zullen gaan doen. Tot nog toe schakelt de (tucht)rechter in een minderheid van de gevallen ad hoc deskundigen in, onder meer voor de beoordeling van de juistheid van een diagnose of een behandeling. Daarbij kunnen standaarden in de toekomst een rol gaan spelen. Deze ontwikkeling zal in de hand worden gewerkt door de

filosofie achter de komende kwaliteitswetgeving, dat de normering primair wordt overgelaten aan de aanbieders van zorg en andere partijen.

Wat moeten wij ons nu in de praktijk voorstellen bij mogelijke of zelfs geboden afwijkingen van standaarden? Enkele voorbeelden kunnen dit verduidelijken.

- In de NHG-standaard 'Orale Anticonceptie' staat – zoals ook in andere standaarden – dat het persoonlijk inzicht van de huisarts een belangrijk aspect is. 'Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen'. Onderzoek heeft uitgewezen dat huisartsen vrezen dat ze, door de standaard te volgen, tegen de wensen van de patiënten ingaan.¹⁵ In zo'n geval zou het toch volgen van de standaard een conflict met het recht van de patiënt op eigen keuze kunnen opleveren.

- Informatie van de huisarts aan de patiënt leent zich bij uitstek voor standaardisering.¹⁶ Een van de uitgangspunten daarbij zal zonder twijfel het recht van de patiënt op adequate en volledige informatie zijn. Volgens de toekomstige WGBa zal de huisarts evenwel zijn toevlucht kunnen nemen tot de 'therapeutische exceptie' – de patiënt zou er onder lijden als de informatie (in eens/volledig) zou worden verstrekt; hij kan dan dus, in de letterlijke zin gelegaliseerd, van de standaard afwijken. Tot dergelijke afwijking zal de huisarts in het algemeen zelfs verplicht zijn als de patiënt te kennen geeft gebruik te willen maken van zijn 'recht om niet te weten'. Zo kunnen er professionele en zelfs juridische redenen zijn om af te wijken van de standaard.

- In de standaard 'Otitis media' wordt de huisarts een afwachtend beleid geadviseerd, zeker bij patiënten boven de 2 jaar. Dit betekent dat verwijzing, paracentese of antibiotica niet de eerste keus zijn in de aanpak van het probleem. Ontstaan tijdens het ziekteproces bij een kind van net 2 jaar toch complicaties (bijvoorbeeld mastoïditis/meningitis), terwijl de huisarts de standaard perfect heeft gevolgd, dan kan hij zich daarop niet zonder meer beroepen. Criteria als zorgvuldigheid, alertheid, actieve opstelling bij het bewaken van het ziekteproces en communicatie met de ou-

ders zullen dan waarschijnlijk doorslaggevend zijn bij het vaststellen of hier sprake is van een tekortkoming.

• In de standaard 'Bereikbaarheid en beschikbaarheid' zijn als richtlijnen aangegeven dat de huisarts voor niet meer dan 20.000 patiënten waarneemt en dat hij bij een spoedgeval in 15 minuten aanwezig is. Als een patiënt met een vermeend hartinfarct in een regio waarin de waarnemend huisarts 's nachts de zorg heeft voor 22.000 patiënten pas na een half uur bij de patiënt verschijnt, zou dit aanleiding kunnen zijn tot een berisping, ook al blijkt het met de patiënt uiteindelijk mee te vallen.

Een andere kwestie is of met een standaard een minimum, een gemiddelde of een maximum wordt aangegeven. Een minimum zou niet goed zijn: een standaard heeft onmiskenbaar normerende werking en patiënten mogen aanspraak maken op meer dan wat minimaal verantwoord is. Aan de andere kant lijkt het niet redelijk dat iedereen onder alle omstandigheden zou moeten voldoen aan een maximumnorm. Een standaard geeft aan wat een 'redelijk bekwaam arts' moet kunnen. Bedacht moet worden dat het veelal niet of niet alleen gaat om een concreet handelingsvoorschrift, maar dat beslismomenten en punten van afweging worden voorgesteld. Dat laat onverlet dat de huisarts zijn eigen optimum dient na te streven, dat anders kan zijn dan waartoe de standaard inspireert.

De wetgeving bevat algemene kaders voor het leveren van 'verantwoorde zorg'. Belangrijk is in dit opzicht de toekomstige Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, die, naast een aantal concrete rechten en plichten, ook de plicht van de arts omvat om de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen. Hiermee komen in beginsel ook standaarden binnen het domein van de rechterlijke toetsing. Aan de publiekrechtelijke kant mag met name de toekomstige Wet BIG worden

genoemd. Hoe gedetailleerd de kwaliteitsvoorschriften in deze wet zullen zijn, hangt af van de mate waarin de partijen in de gezondheidszorg erin slagen om zelf vorm te geven aan een behoorlijke kwaliteitsregeling.

Of de standaarden zullen leiden tot een toename van het aantal klagers en of hiermee de mogelijkheid van beleidsmakers en verzekeraars wordt vergroot om huisartsen aan te spreken op hun concrete handelen, is zeer de vraag. Niet-medici zullen zich moeten realiseren dat de medische wetenschap maar een deel van het handelen van de huisarts met harde richtlijnen kan onderbouwen en dat de standaarden hooguit het beste advies van het moment weergeven en geen absolute waarheden bevatten. Veel van de richtlijnen in de standaarden berusten op opinies, ervaringen en voorkeuren; zij zullen na verloop van tijd op grond van nieuwe inzichten, technieken en mogelijkheden moeten worden bijgesteld.¹⁷ Waar delen van standaarden berusten op hard wetenschappelijk bewijs en ook duidelijk is welk handelen volstrekt obsoleet is, kan men deze standaarden uiteraard met meer gewicht benutten in procedures of overeenkomsten.

Desondanks zal de druk op de huisarts om zijn handelwijze inzichtelijk te maken en afwijkingen van standaarden te motiveren, groter worden. Dit heeft in ieder geval belangrijke consequenties voor zijn routines op het gebied van de verslaglegging. Mocht er in de toekomst met budgetten gewerkt gaan worden, dan zal de verzekeraar periodiek aan de huisartsen vragen te laten zien of men volgens de standaarden heeft gewerkt en zo niet, waarom niet.

Al met al kan worden gesteld dat het gebruik van standaarden voor de huisarts geen juridische bedreigingen oplevert, dat het bijdraagt aan het verlenen van verantwoordelijke zorg, en dat zo ook de patiënt er beter van wordt.

Literatuur

- ¹ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- ² Stolline A, Weiner J. The new medical market place. Baltimore: John Hopkins University Press, 1988.
- ³ Van Wijmen F. Recht op kwaliteit. Deventer: Kluwer, 1983.
- ⁴ Grol R. De verspreiding van NHG-standaarden onder huisartsen. Huisarts Wet 1989; 32: 494-7.
- ⁵ Ministerie van WVC. Nota 'Kwaliteit en zorg'. Tweede Kamer, vergaderjaar 1990-1991, 22 113, nr. 2.
- ⁶ Leenen H. Handboek gezondheidsrecht II. Alphen a/d Rijn: Samsom, 1991.
- ⁷ Gevers J. De rechter en het medisch handelen. 2e dr. Deventer: Kluwer, 1991.
- ⁸ Kastelein W. Schriftelijke standaarden en de juridische positie van de arts. Med Contact 1990; 45: 521-3.
- ⁹ Ontwerp van Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBo). Tweede Kamer, vergaderjaar 1989-1990, 21 561, nrs. 1-3 (voor de laatste wijzigingen nr. 8).
- ¹⁰ Roscam Abbing H. Standaard van zorg en consensus. Enkele juridische aspecten. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 141-4.
- ¹¹ Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Rapport kwaliteitseisen/goed medewerkschap. Zoetermeer, 1990.
- ¹² Wet van 20 november 1991, Staatsblad 584.
- ¹³ Hamilton G. Het wetsvoorstel beperking contracteerplicht ziekenfondsen/maximumtarieven. Tijdschr Gezondheidsrecht 1990; 14: 254-70.
- ¹⁴ Van Wijmen F. Vijfpartijenakkoord, medisch specialist en ziekenhuis. Tijdschr Gezondheidsrecht 1991; 15: 142-56.
- ¹⁵ Grol R, Zwaard A. Problemen bij de invoering van de NHG-standaard Orale Anticonceptie. Huisarts Wet 1989; 32: 498-500.
- ¹⁶ Grol R, Van Beurden W, Brinkhorst T, Toemen T. Standaard en consensus. Hoe informeert de huisarts zijn patiënten? Med Contact 1989; 44: 435-7.
- ¹⁷ Fletcher R, Fletcher S. Clinical practice guidelines. Ann Int Med 1990; 113: 645-6.