

Standaarden en tuchtrecht: een onmogelijke relatie?

R. GROL

Grol R. Standaarden en tuchtrecht: een onmogelijke relatie? Huisarts Wet 1996; 39(3): 123-8.

Samenvatting In de tuchtrechtspraak is tot nu toe weinig of niet gebruik gemaakt van NHG-standaarden. De vraag is, of huisartsen moeten vrezin in de toekomst vaker tot de orde te zullen worden geroepen met standaarden als norm. De verwachting is dat dit slechts in beperkte mate het geval zal zijn, en dan ter vervanging van het deskundigenoordeel. Standaarden zijn niet voor een dergelijk doel opgesteld: ze zijn in het algemeen onvoldoende hard onderbouwd om er verstrekkende consequenties aan te verbinden, en de redenen voor het niet-toepassen zijn divers en vaak legitiem. Bovendien gaan klachten van patiënten meestal slechts ten dele over handelingen waarover standaarden aanbevelingen doen. De huisarts heeft verschillende mogelijkheden om klachten te voorkómen, zoals intercollegiale toetsing, bespreken van fouten, instellen van klachtenprocedures en regelmatig raadplegen van patiënten over hun verwachtingen en oordelen ten aanzien van de huisartsenzorg.

Prof.dr. R. Grol, hoogleraar huisartsgeneeskunde, coördinator Werkgroep Onderzoek Kwaliteit van de KUN en de RL (WOK), p/a Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Inleiding

Bij het verschijnen van de eerste standaarden voor huisartsgeneeskundige zorg spraken huisartsen in toenemende mate hun zorg uit over een mogelijk misbruik van deze standaarden, bijvoorbeeld door patiënten in klachtenprocedures. De vraag is hoe reëel deze vrees is. Onlangs verscheen een studie van *Heineman & Hubben* naar tuchtrechtelijke maatregelen, opgelegd aan huisartsen vanaf 1982.¹ De studie betreft grotendeels niet eerder gepubliceerde beslissingen van de tuchtrechter. Het ging in de periode 1982-1993 om 409 gegrond verklaarde klachten (op 1724 tuchtrechtelijke beslissingen), waarvan ruim 20 procent betrekking had op het niet-komen door een waarnemend huisarts na een verzoek van de patiënt daartoe (*tabel 1*). Andere opvallende categorieën van klachten zijn de schending van de zorgplicht, schending van het beroepsgeheim en het optreden van de doktersassistente.² Het aantal tuchtrechtzaken is de afgelopen jaren flink gestegen; het aandeel van de gegrond verklaarde klachten is echter ongeveer gelijk gebleven (circa 20 procent).

De auteurs merken op dat de medische tuchtrechtspraak tot nu toe in haar overwegingen geen melding maakt van het gebruik van de NHG-standaarden. Er wordt meestal gerefereerd aan zorgvuldigheidsnormen die binnen een professie zouden bestaan, dan wel door het tuchtrechtcollege zelf zijn geformuleerd. Deze bevinding roept de vraag op of NHG-standaarden terecht nog zo weinig worden gebruikt in de tuchtrechtspraak. Of moet de huisarts in de toekomst toch vrezin vaker tot de orde geroepen te worden met de standaarden als norm voor goed handelen?

In dit artikel zal ik betogen dat het gebruik van NHG-standaarden voor dit doel beperkt zal (moeten) zijn. Daarnaast zal ik ingaan op het belang van het voorkómen van klachten en tuchtrechtprocedures.

Doel van standaarden

Standaarden, richtlijnen en protocollen voor goede zorg worden zelden of nooit ontwikkeld en geformuleerd met het doel

te worden gebruikt in juridische procedures. De doelen van richtlijnen kunnen sterk uiteenlopen: richtlijnen kunnen bedoeld zijn als hulp bij het dagelijkse werk, als een samenvatting van de beschikbare kennis ten behoeve van opleiding en nascholing, als een methode om de kwaliteit van de zorg te evalueren, of als een middel om patiënten over de zorg te informeren. Ze kunnen ook bedoeld zijn om het eigen werkkterrein af te bakenen of om afspraken tussen disciplines te maken. Sommigen zien ze tevens als hulpmiddel bij herregistratie, bij contracten met verzekeraars of bij de vraag of een handeling vergoed moet worden of niet.

Men kan het gebruik van richtlijnen en standaarden voor goede zorg globaal op twee dimensies ordenen. Is het gebruik vooral educatief dan wel vooral gericht op controle op de uitvoering van de zorg? En worden de richtlijnen vooral gebruikt door artsen zelf, binnen de professie, dan wel door personen en instanties buiten de professie? Afhankelijk van het doel zal de wijze van ontwikkelen en vormgeven van de richtlijnen sterk kunnen verschillen. Het gebruik van standaarden in het medisch tuchtrecht is een voorbeeld van een controle-instrument in handen van personen en instanties buiten de huisartsgeneeskundige professie. Lijnrecht daartegenover staat het gebruik van de standaarden als naslagwerk in de praktijk of als onderlegger voor de deskundigheidsbevordering of de huisartsenopleiding.

De standaarden van het NHG zijn expliciet opgesteld met het doel hulp te bieden bij het dagelijkse werk, de nascholing, de onderlinge toetsing en het maken van afspraken tussen hulpverleners over goede zorg. Ze zijn niet geformuleerd in een vorm die conclusies over verwijtbaar afwijken toelaat; het zijn geen dwingende normen of toetsingscriteria, maar flexibele richtlijnen waarvan juist beargumenteerd kan worden afgeweken.³ Een standaard kan nooit in de plaats komen van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de huisarts om per situatie te beoordelen welk handelen gewenst is.^{4,5}

In de literatuur – vooral in de Verenigde Staten, waar richtlijnen en protocollen

nogal eens door externe instanties voor controlerende doelen worden gebruikt – wordt steeds vaker gepleit voor een educatief gebruik van richtlijnen door hulpverleners zelf.^{6,7} De mening groeit dat formele toetsing door buitenstaanders aan de hand van richtlijnen en standaarden de angst voor en weerstand tegen richtlijnen alleen maar zal doen groeien en zal leiden tot defensieve en saboterende reacties bij degenen die eraan worden onderworpen.

Standaarden voor de huisartsgeneeskunde worden in Nederland sinds 1989 gepubliceerd. Ze riepen eerst vrij veel discussie op. Uit enquêtes die met enige regelmaat zijn gehouden onder grote steekproeven huisartsen, blijkt dat er momenteel een brede acceptatie van de standaarden onder huisartsen bestaat.⁸ Ongeveer de helft van de huisartsen is er regelmatig mee bezig, in de eigen praktijk of in de huisartsgroep.⁹ Minder dan 10 procent vindt ze slecht toepasbaar; 90 procent vindt ze heel goed toepasbaar bij nascholing, onderlinge toetsing of om afspraken te maken met collega's.⁸ Steeds meer huisartsen zijn echter bang voor misbruik door verzekeraars of patiënten. Was dat in 1990 nog 25 procent, in de laatste peiling uitte bijna de helft van de huisartsen die vrees.

Conclusie is dat de NHG-standaarden in principe niet zijn ontwikkeld om te worden gebruikt in tuchtrechtprocedures. Doet men dit wel, dan kan dat op termijn averechtse consequenties hebben voor de houding van huisartsen ten aanzien van die standaarden. Voor alle betrokkenen moet volstrekt duidelijk zijn met welk doel standaarden zijn opgesteld, om misverstanden, angst en defensieve reacties te voorkomen.

Wetenschappelijke onderbouwing van standaarden

Een tweede beperking van het gebruik van standaarden in tuchtrechtzaken betreft de wetenschappelijke onderbouwing. Het wetenschappelijk bewijs voor veel van de aanbevelingen die in de standaarden worden gedaan, is helaas beperkt, verwarrend of zelfs conflicterend. Het Institute of Me-

Tabel 1 Aard van de klachten resulterend in een tuchtrechtelijke beslissing. Percentages (n=409)

Huisbezoek: ten onrechte niet komen door huisarts of waarnemer	22
Schending zorgplicht: niet verlenen medische hulp, slordigheid, onachtzaamheid, onzorgvuldig handelen	21
Onvoldoende of inadequate anamnese of onderzoek	9
Schending beroepsgeheim: afgeven nadelige verklaringen of medische gegevens	8
Missen of onvoldoende funderen van een diagnose	7
Onzorgvuldig, zonder voldoende indicatie behandelen, met name met medicatie	5
Niet adequaat doorverwijzen	4
Onzorgvuldig of laakbare communicatie/bejegening van de patiënt	4
Inadequaate optreden van praktijkassistente	4
Overige (o.a. begeleiding, informatie, waarnemingsregeling, patiëntenadministratie)	16

Bron: Hubben²

Tabel 2 Uitkomsten behandeling benigne prostaathyperplasie.¹⁰ Percentages

	Kans op verbetering	Kans op complicaties	Risico op impotentie	Noodzaak operatie in toekomst t.g.v. complicaties
Afwachten en controleren	31- 55	1- 5	ca. 2	0
Medicatie (alfa-blokkers)	59- 86	3-43	ca. 2	0
Ballondilatatie	37- 76	2-10	onbekend	onbekend
Transurethrale resectie (TURP)	75- 96	5-31	3-35	1-10
Operatie	94-100	7-43	5-39	1-14

Tabel 3 Mening van patiënten (N=398) over het belang van verschillende aspecten van de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de huisartsenzorg

	Percentage patiënten dat dit aspect uiterst belangrijk vond	Rangorde op basis van selectie belangrijkste aspecten
Een huisarts moet bij spoedgevallen snel hulp kunnen verlenen	71	2
Tijdens een consult moet een huisarts genoeg tijd hebben om te luisteren, te praten en mij dingen uit te leggen	63	1
Het moet mogelijk zijn om op korte termijn een afspraak met een huisarts te maken	53	3
Een huisarts moet bereid zijn de patiënt thuis te bezoeken	31	4
Het moet gemakkelijk zijn een huisarts per telefoon te spreken	18	5
Het moet mogelijk zijn met de hele familie bij dezelfde huisarts terecht te kunnen	17	6
Als ik een afspraak heb met een huisarts, moet ik niet lang in de wachtkamer hoeven te wachten	10	7
Een huisarts moet oog hebben voor de kosten van medische behandelingen	8	8

Bron: ongepubliceerd WOK-onderzoek.

dicine schat dat voor minder dan 5 procent van alle nu toegepaste medische handelingen de wetenschappelijke onderbouwing sterk is; voor zo'n 45 procent is deze onderbouwing op zijn best bescheiden, terwijl voor de rest de onderbouwing volledig ontbreekt.¹⁰ Een analyse door de Canadian Task Force on Periodic Health Examination van het wetenschappelijke bewijs met betrekking tot preventieve procedures liet zien dat maar liefst 76 aanbevelen preventieve activiteiten niet goed zijn onderbouwd.¹¹ De 'grijze zones' in de geneeskunde zijn groot, aldus Naylor, en een 'evidence-based medicine', zoals die door veel epidemiologen voor de gezondheidszorg wordt nagestreefd, ligt nog ver weg.¹¹

Dit geldt zelfs voor richtlijnen waarvoor betrekkelijk veel onderzoeksgegevens beschikbaar zijn, zoals voor de richtlijnen ten aanzien van de behandeling van benigne prostaathyperplasie, die mede zijn ontwikkeld door de American College of Family Physicians.¹² Op basis van wetenschappelijk onderzoek en schattingen van kansen op verbetering en op complicaties en schadelijke gevolgen heeft men getracht aanbevelingen te doen voor verschillende behandelingen bij deze aandoening (tabel 2). De kansen op verbetering zijn het grootst bij een transurethrale resectie en bij alfa-blokkers, maar zijn bij niets-doen ook niet te verwaarlozen; de kansen op complicaties zijn het grootst bij alfa-blokkers en afwezig bij niets-doen. De bandbreedtes zijn aanzienlijk, en dat maakt een goed onderbouwde beslissing over goed of gewenst handelen moeilijk, zeker als men dit in een tuchtrechtelijke procedure zou willen doen.

Het gebrek aan harde onderbouwing van richtlijnen betekent niet dat er geen consensus onder huisartsen kan bestaan over bepaalde handelingen en ook niet dat klinische ervaringen niet belangrijk zijn bij het formuleren van richtlijnen voor goede zorg. Consequentie is wel dat men voorzichtig dient te zijn met het gebruik van die richtlijnen in procedures die aanzienlijke gevolgen voor de beroepsuitoefening van huisartsen kunnen hebben. Standaarden en richtlijnen bevatten zelden een absolute waarheid; ze vormen altijd

een weerslag van het denken over goede zorg op een bepaald moment in de tijd, maar kunnen een volgend moment weer achterhaald zijn.¹³

Gegeven de gebrekkige onderbouwing van veel richtlijnen wordt in toenemende mate onderscheid gemaakt tussen 'standards', 'guidelines' en 'options':

- 'standards' zijn richtlijnen waarop men in ieder geval kan worden aangesproken, omdat ze goed zijn onderbouwd en belangrijke consequenties hebben voor de gezondheid of het welbevinden van de patiënt; ze zouden eventueel een rol in tuchtrechtzaken kunnen spelen;
- 'guidelines' zijn weliswaar niet hard onderbouwd, maar berusten op brede klinische ervaring en consensus en worden derhalve sterk aanbevolen;
- 'options' zijn gebaseerd op voorkeuren van arts of patiënt.¹⁴

NHG-standaarden zijn grotendeels guidelines en options.^{3,4} Het zou de duidelijkheid ten goede komen als ook in de NHG-standaarden dit onderscheid tot uitdrukking zou komen.

Afwijken van standaarden

Als een standaard niet wordt gevolgd, zijn daar vaak begrijpelijke en legitieme redenen voor. Uit de meeste evaluaties van de toepassing van standaarden, richtlijnen of protocollen komt naar voren dat deze maar ten dele in de dagelijkse praktijk worden toegepast. Dit geldt ook voor de NHG-standaarden. In een onderzoek onder 65 huisartsen registreerden dezen gedurende enkele maanden het eigen handelen.¹⁵ Op deze wijze konden concrete handelingen in contacten met patiënten worden vergeleken met concrete aanbevelingen uit tien standaarden. Gegevens uit bijna 4000 contacten betreffende bijna 80.000 handelingen lieten zien dat in bijna 70 procent van de gevallen volgens de standaard werd gewerkt; na een periode van zelf- en intercollegiale toetsing steeg dit tot bijna 75 procent. De redenen om van de standaarden af te wijken, zijn divers en kunnen te maken hebben met de standaarden zelf, met kenmerken van de huisarts, met de omstandigheden waarin de huisarts werkt,

of met de specifieke situatie van de patiënt.

Of standaarden worden gevolgd, hangt in de eerste plaats af van de aard en kwaliteit van de standaarden zelf. De ene standaard is de andere niet; sommige zitten beter in elkaar dan andere. In het bovengenoemde onderzoek bleek toepassing van de standaarden uiteen te lopen van ongeveer 50 procent (hypertensiestandaarden) tot 80 procent (standaard acute keelpijn). De aanbevelingen in de ene standaard zullen eenduidiger en gemakkelijker in de dagelijkse praktijk in te passen zijn dan die in de andere.

Niet-toepassen kan uiteraard ook iets zeggen over de deskundigheid of de routines van de huisarts. Er bleek in bovengenoemd onderzoek een aanzienlijke variatie in handelen tussen de huisartsen: 5 procent had een gemiddelde score van <50 procent, ook 5 procent scoorde gemiddeld >80 procent. Ongetwijfeld zal dus bij een deel van de huisartsen verbetering mogelijk zijn.

Niet-toepassen van de standaard kan verder te maken hebben met de situatie waarin de huisarts werkt, zowel praktische en structurele factoren, als de mensen met wie hij als huisarts te maken heeft. Zo beveelt de standaard (Dreigende) Miskraam aan geen echo te laten maken, tenzij er duidelijke indicaties voor bestaan. Uit een landelijke enquête blijkt dat ongeveer 50 procent van de huisartsen routinematig een echo laat maken bij een dreigende miskraam.¹⁶ Gevraagd naar de problemen om de standaard te volgen, zeggen huisartsen dat de standaard te weinig rekening houdt met de emotionele kant van het probleem en dat patiënten zekerheid eisen door middel van een echografie. Verder dringen specialisten erop aan en suggereren zij dat huisartsen hun medisch werk niet goed doen als ze geen echo laten maken. Dit is een situatie die gemakkelijk tot een klacht zou kunnen leiden.

Een standaard kan tenslotte op hoofdlijnen aanbevelingen voor goede zorg doen, maar kan nooit alle elementen van een concrete gezondheids- en zorgsituatie van een patiënt regelen. Een standaard gaat bijvoorbeeld zelden in op alle psychoso-

ciale aspecten van een klacht of probleem of op de communicatieve of organisatorische kanten van de zorgverlening, terwijl deze in klachten- en tuchtrechtprocedures juist vaak een centrale rol spelen. Een kritische beschouwing van de klachten die resulteerden in een tuchtrechtmaatregel, toont dat de meeste klachten betrekking hadden op onderwerpen die niet door standaarden worden gedekt: herhaalde bezoeken om een huisbezoek, onzorgvuldig handelen, onjuiste bejegening, gebrekkige informatie, te late verwijzing of schending van de geheimhouding. Opvallend is verder dat het merendeel van de maatregelen betrekking had op nalatig handelen door de arts of diens waarnemer: niet op huisbezoek komen, geen hulp verlenen, achterwege laten van onderzoek of niet tijdig doorsturen. Een minderheid had betrekking op onnodig of schadelijk medisch handelen. In de standaarden van het NHG vormt het voorkómen van onnodig handelen juist een van de belangrijkste uitgangspunten.

Kortom, een standaard kan aanbevelingen doen ten aanzien van goed huisartsgeneeskundig handelen, maar dat betekent niet dat deze altijd gevolgd zullen kunnen worden. Er kunnen goede redenen zijn om ervan af te wijken. De NHG-standaarden gaan daarom steeds vergezeld van een kader waarin wordt gewezen op de mogelijkheid van beredeneerd afwijken.

Spanning tussen verwachtingen van huisartsen en patiënten

Een laatste probleem dat hier aangesneden moet worden, is het feit dat nogal wat klachten van patiënten voortkomen uit niet parallel lopende wensen en verwachtingen bij huisartsen en patiënten ten aanzien van goede huisartsenzorg. De huisarts bevindt zich in een spanningsveld tussen enerzijds de – al dan niet uitgesproken – verwachtingen van zijn patiënten en anderzijds de eisen die worden gesteld door de eigen beroepsgroep, zoals deze bijvoorbeeld tot uitdrukking komen in de NHG-standaarden. Daar komen in toenemende mate nog de eisen van beleidsmakers en

financiers bij om rationeel en doelmatig te werk te gaan.

Klachten van patiënten ontstaan vaak in dit spanningsveld. Dit wordt aardig gedemonstreerd door de uitkomsten van de door het NHG geïnitieerde enquêtes over goede zorg onder patiënten en huisartsen.¹⁷ Minder dan 10 procent van de huisartsen vond dat een patiënt recht heeft op elke medische handeling die mogelijk is, en dat een goede huisarts snel laboratorium- en röntgentests aanvraagt. Bij patiënten was meer dan 80 procent die mening toegedaan. De verwachting van het overgrote deel van de patiënten was dat altijd alle onderzoeken worden gedaan om te voorkomen dat ook maar iets over het hoofd wordt gezien, terwijl slechts een zeer kleine minderheid van de huisartsen het hiermee eens was. Er is op nogal wat terreinen sprake van een fundamentele discrepantie in opinies en verwachtingen die tot uitdrukking kunnen komen in communicatieproblemen en vervolgens in klachten van patiënten.

Voorkómen van klachten(procedures)

Een tuchtrechtzaak is in het algemeen de laatste stap in een proces waarin van alles is misgegaan. Van de bij de medische tuchtcolleges neergelegde klachten eindigde 20 procent in een maatregel, de andere 80 procent dus niet. Toch is er ook in die laatste gevallen sprake geweest van een discrepantie in visie, verwachtingen en beleving van de gang van zaken. De ingediende klachten vormen tevens maar een fractie van het totaal aan bestaande klachten bij patiënten.

Patiënten blijken het tuchtrecht vaak te gebruiken bij gebrek aan beter.¹⁸ Het is daarom zinvol de nadruk vooral te leggen op het voorkómen van fouten en klachten, en het voorkómen dat een eenmaal gemaakte fout of geuite klacht tot een tuchtrechtzaak leidt. De huisarts heeft diverse mogelijkheden om samen met collega's dit probleem goed aan te pakken. Idealiter krijgen de activiteiten op dit gebied een plaats in het kwaliteitssysteem dat op regionaal, lokaal of praktijkniveau wordt

opgezet. Die mogelijkheden zijn bijvoorbeeld:

- intercollegiale toetsing in de huisartsengroep;
- invoeren van vaste procedures voor het melden van fouten en klachten en voor het afhandelen hiervan;
- regelmatige gesprekken met en peilingen onder patiënten.

Intercollegiale toetsing

Een kritische reflectie op het eigen handelen samen met collega's wordt in de naaste toekomst verplicht. Het is van belang dat daarin ook goede methoden worden toegepast om fouten, incidenten en aspecten van de communicatie met patiënten te bespreken, zoals:

- Systematisch verzamelen en uitwisselen van gegevens in de praktijk over het medisch handelen met de NHG-standaarden als leidraad. Methoden hiervoor vindt men in een recente uitgave over intercollegiale toetsing.¹⁹
- Het bespreken van consulten op audio- of videoband, met speciale aandacht voor problemen in de communicatie met en de bejegening van patiënten.^{20,21}
- Het bespreken van kritische incidenten, fouten en bijna-fouten waaruit men samen kan leren. Een goed voorbeeld leveren *Van Pelt-Termeer & Van den Berg*, die beschrijven hoe een huisartsgroep gedurende langere tijd incidenten analyseerde. Deze bleken betrekking te hebben op ontbrekende kennis en vaardigheden van de arts, kenmerken van de patiënt en de communicatie met de patiënt.²²

Vaste procedures

Bij vaste procedures voor het melden en afhandelen van fouten en klachten kan worden gedacht aan zulke uiteenlopende mogelijkheden als het plaatsen van een klachtenbus tot het instellen van een formele klachtenprocedure. De onlangs door de Eerste Kamer aanvaarde Klachtwet zorginstellingen verplicht daar overigens ook toe. Huisartsen kunnen ook zelf een systeem voor de melding van fouten aan een speciale commissie opzetten, vergelijkbaar met de FONA-commissies in de

ziekenhuizen.²³ Een dergelijke commissie kan het voorval beoordelen en de huisarts adviseren hoe de fout in de toekomst kan worden voorkomen.

Als de patiënt het gevoel heeft dat er serieuze procedures bestaan als er iets is misgegaan of als men zijn ontevredenheid over de huisarts of over de gang van zaken in de praktijk zou willen uiten, is de kans op calamiteiten en escalatie een stuk kleiner. Dat geldt eveneens als de huisarts bij gemaakte fouten zelf de communicatie hierover met de patiënt begint.

Regelmatische gesprekken en peilingen

Regelmatische gesprekken met en peilingen onder patiënten over hun verwachtingen en oordelen ten aanzien van de huisartsenzorg zouden huisartsen eveneens kunnen helpen gevoelig te worden voor die elementen van de huisartsenzorg waaraan patiënten grote waarde hechten. Praktische methoden hiervoor zijn in ontwikkeling, onder meer bij de Werkgroep Onderzoek Kwaliteit van de KUN en de RL (WOK). Wij vroegen bijvoorbeeld een groep van 455 patiënten uit 14 praktijken naar hun prioriteiten ten aanzien van verschillende aspecten van de huisartsenzorg (tabel 3). Men kan ook met enige regelmaat peilingen bij steekproeven van patiënten uit de praktijk uitvoeren en deze vragen wat ze van de zorg vinden. Dit kan eveneens waardevolle suggesties voor de verbetering van de zorg opleveren.

Beschouwing

Standaarden zullen ook in de toekomst waarschijnlijk maar beperkt toepasbaar zijn en ook beperkt toegepast worden in de tuchtrechtspraak. Ze zijn niet voor een dergelijk doel opgesteld, ze zijn in het algemeen niet hard genoeg onderbouwd om er verstrekkende consequenties aan te verbinden, de redenen voor het niet toepassen kunnen zeer divers en vaak ook legitiem zijn, en de klachten gaan tevens meestal maar ten dele over handelingen waarvoor de standaarden aanbevelingen doen. Klachten die leiden tot tuchtrechtzaken, spelen zich in sterke mate af in het spanningsveld van uiteenlopende ver-

wachtingen van huisartsen en patiënten; ze hebben vaak betrekking op nalatig handelen en minder op overbodig handelen. Dit impliceert dat vooral het aspect van de communicatie met en informatie aan de patiënt van cruciale betekenis is. Standaarden kunnen soms gebruikt worden ter vervanging van het deskundigenoordeel, als bijvoorbeeld het wetenschappelijk bewijs sterk is of de consensus groot. Dit kan dan een verbetering betekenen van de huidige situatie waarin een expert – vaak een specialist – oordeelt over de huisarts. Niettemin is de verwachting dat hun rol in tuchtrechtzaken relatief beperkt zal zijn.

Daar komt omgekeerd bij dat het wél toepassen van een standaard niet kan garanderen dat er geen fouten worden gemaakt of dat de patiënten niet met reële klachten kunnen komen. In een standaard kunnen nu eenmaal niet alle nuances van een unieke patiëntsituatie worden gedekt. Het beschikbaar hebben en toepassen van een standaard ontslaat de huisarts niet van de verplichting zich goed te verdiepen in die unieke situatie: hij kan zich met andere woorden ook niet altijd verschuilen achter de standaard als er iets mis zou gaan.²⁴

Vergelijkbare conclusies trekt Hurwitz in zijn analyse van de tuchtrechtspraak in de VS en Engeland.²⁵ Richtlijnen en standaarden hebben ook daar niet de rol van de experts overgenomen. Hoewel enkele malen richtlijnen zijn geaccepteerd in de bewijsvoering, krijgen ze niet een onbetwistbare status en worden ze steeds aan een grondig onderzoek onderworpen wat betreft authenticiteit, relevantie voor de zaak, brede acceptatie in de beroepsgroep en flexibiliteit in de toepassing ervan. Jurisprudentie wijst erop dat er veel gewicht wordt gehecht aan wat in de praktijk normaal gebruikelijk is: wil een richtlijn al worden gebruikt in de overwegingen, dan moet deze breed worden toegepast door artsen en zelfs dan wordt afwijken ervan lang niet altijd gezien als fout. Een recente analyse van het gebruik van richtlijnen in de Amerikaanse 'malpractice'-zaken toonde dat deze richtlijnen slechts in 7 procent van de gevallen een relevante rol hadden gespeeld.²⁶ Hurwitz concludeert: 'In the UK it seems safe to infer that the

mere existence of clinical guidelines is unlikely to influence the course of action for medical negligence, unless the guideline concerned is so well established, that no responsible doctor, acting with reasonable skill, would fail to comply with it'.²⁷

Een analyse van tuchtrecht- en gewone rechtszaken in Nederland laat zien dat er door de rechter wel in toenemende mate aandacht wordt besteed aan professionele richtlijnen (met name gedragsregels van de KNMG, bijvoorbeeld regels voor het afleveren van geneeskundige verklaringen, of aanbevelingen van de Gezondheidsraad), maar dat het gebruik van medisch-inhoudelijke richtlijnen, zoals ontwikkeld door CBO of NHG, bijna volledig afwezig is [persoonlijke mededeling P.P.M. van Reijssen, vakgroep Gezondheidsrecht KUN].

Zal de rol van standaarden in de tuchtrechtspraak dus waarschijnlijk betrekkelijk beperkt blijven, omgekeerd is de vraag welke bijdrage de tuchtrechtspraak kan en zal gaan leveren aan de normering in de huisartsgeneeskunde eveneens relevant. De jurisprudentie in het boek van *Heineman & Hubben* schetst voortdurend een beeld van wat moet worden verstaan onder goed huisartsgeneeskundig handelen. In of expliciet worden er in de rechtspraak normen voor goed handelen ontwikkeld.

De vraag is wat de beroepsgroep zelf van deze normen vindt. Bestaat er bijvoorbeeld consensus over de dwingende norm dat een huisarts bij dringend verzoek van de patiënt altijd een huisbezoek dient af te leggen? Men dient zwaarwegende of gegronde redenen te hebben om niet te komen. Hiertoe dient men voldoende gegevens te verzamelen. Soms dient men te komen, ongeacht de vraag of daartoe een verzoek is geformuleerd. Iedere patiënt met een serieuze klacht moet worden bezocht. Grote ongerustheid wordt door de rechter aangemerkt als een extra reden om tot een visite over te gaan. In een tuchtrechtzaak kreeg een huisarts een waarschuwing voor het niet afleggen van een huisbezoek bij een kind van 10 jaar met koorts (40°C) en hoofdpijn. De huisarts had in dit geval de ouders uitgenodigd

voor een bezoek aan de praktijk. Het College oordeelde – in afwijking van de norm in de NHG-Standaard Kinderen met Koorts, dat de huisarts met een telefonisch advies kan volstaan bij een kind ouder dan 3 maanden en minder dan 3 dagen koorts – dat het kind in dit geval door de huisarts gezien had moeten worden. De beslissing van het Tuchtcollege werd overigens in tweede aanleg ongegrond verklaard door het Centraal Medisch Tucht College (pag. 74).¹

In een andere casus, waarin mammografie tot tweemaal toe geen aanwijzingen voor maligniteit had aangetoond bij een vrouw met een knobbelletje in de borst, oordeelde het College dat de huisarts sneller de mammografie had moeten laten herhalen en eerder advies had moeten inwinnen van de chirurg, ondanks de negatieve bevindingen. Hiermee creëert het tuchtcollege een norm die afwijkt van die in de NHG-Standaard Mammografie: deze zegt dat herhaling van een mammografie binnen zes maanden, gezien de geringe groeisnelheid van mammacarcinomen, niet zinvol is en dat de patiënt alleen op speciale indicatie naar de chirurg dient te worden verwezen. De waarschuwing die de huisarts kreeg, werd overigens ook in dit geval ongedaan gemaakt door het CMTC (pag. 184).¹

De jurisprudentie van de tuchtcolleges bevat op deze wijze allerlei voorbeelden van normering die niet steeds direct aansluit bij wat in de huisartsgeneeskundige praktijk als goed handelen wordt aangemerkt. Het lijkt daarom belangrijk dat zulke normeringen ook worden betrokken in de discussies binnen de beroepsgroep over richtlijnen en gedragsregels voor zorgvuldig huisartsgeneeskundig handelen.

De tuchtrechtspraak is een laatste stap in een proces waarin van alles misgegaan kan zijn. De nadruk zou minder op die eindfase moeten liggen en meer op het

voorkomen en goed behandelen van klachten. Hoe kun je, samen met je collega's, leren uit wat er is misgegaan. Fouten zijn, aldus een Japans gezegde, een schat die je zo goed mogelijk moet koesteren.

Literatuur

- 1 Heineman M, Hubben J. De huisarts in de medische tuchtrechtspraak 1982-1993. Leystad: Vermande, 1995.
- 2 Hubben J, Jongerius P, Heineman M. Tuchtrechtelijke jurisprudentie over huisartsen 1982-1992. Ned Tijdschr Geneeskd 1995; 139: 1506-9.
- 3 Van Duijn N, Meyboom-De Jong B. Tussen gouden standaard en gouden kalf. Functie en toepassing van NHG-standaarden. Huisarts Wet 1995; 38: 3-6.
- 4 De Maeseneer J, Meyboom-de Jong B. Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet). Huisarts Wet 1991; 34: 2-3.
- 5 Grol R, Van der Velden J, Claessens A. Commentaar [Ingezonden]. Huisarts Wet 1991; 34: 281-2.
- 6 Field M, Lohr K. Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington DC: National Academic Press, 1992.
- 7 Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. New Engl J Med 1989; 320: 53-6.
- 8 Zwaard A, Dalhuysen, Grol R, Mookink H. Richtlijnenproject: verspreiding en invoering van richtlijnen en toetsingsprocedures voor het medisch handelen onder huisartsen. Nijmegen: WOK 1995.
- 9 Grol R, Wensing M. Implementation of quality assurance and medical audit programmes in general practice: obstacles and requirement. Br J Gen Pract 1995; 45: 548-52.
- 10 Lohr K. Guidelines for clinical practice: applications for primary care. Int J Qual Health Care 1994; 6: 5-15.
- 11 Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence based medicine. Lancet 1995; 345: 840-2.
- 12 Clinical practice guideline. Benign Prostatic Hyperplasia: diagnosis and treatment. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 1994.
- 13 Fletcher R, Fletcher S. Clinical practice guidelines. Ann Intern Med 1990; 113: 645-6.
- 14 Eddy D. Practice policies: what are they? JAMA 1990; 263: 877-880.
- 15 Dalhuysen J, Zwaard A, Grol R, Mookink H. De effectiviteit en bruikbaarheid van methoden van toetsing van het medisch handelen in de huisartspraktijk. Nijmegen: WOK, 1995.
- 16 Fleuren M, De Haan M, Grol R, Sips F. Wordt de NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam door huisartsen gevolgd? Huisarts Wet 1993; 36: 370-4.
- 17 Van der Voort H, Grundmeijer H, Hendrick J. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. Huisarts Wet 1995; 38: 351-4.
- 18 Gregoire L. Voorkom dat een klacht een aanklacht wordt. De Huisarts 1995; juni: 23-6.
- 19 Grol R, Lawrence M. Quality improvement by peer review. Oxford: Oxford University Press, 1995.
- 20 Grol R, red. Intercollegiale toetsing van consultvaardigheden in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1991.
- 21 Grol R, red. Voorlichting door de huisarts. Utrecht: NHG, 1992.
- 22 Van Pelt-Termeeer A, Van den Bey F. Hoe heeft het kunnen gebeuren? Beoordeling van fouten en bijna-ongelukken in een toetsgroep. Huisarts Wet 1995; 38: 7-9.
- 23 Conradi M. Fouten van huisartsen. Amsterdam/Meppel: Boom, 1995.
- 24 Van Wijmen F, Grol R. Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1992; 35: 235-9.
- 25 Hurwitz B. Clinical guidelines: proliferation and medico-legal significance. Qual Health Care 1994; 3: 37-44.
- 26 Hyams A, Brandenburg J, Lipsitz S, et al. Practice guidelines and malpractice litigation: a two-way street. Ann Intern Med 1995; 122: 450-5.
- 27 Clinical Guidelines Working Group. The development and implementation of clinical guidelines. London: The Royal College of General Practitioners, 1995.