

**Redactiecommissie**

Dr. F.J. Meijman, voorzitter
 Dr. N.P. van Duijn
 M. Hugenholtz, arts
 Prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen
 Dr. J.W.M. Muris
 Dr. B. Terluin

Eindredactie

Drs. E.A. Hofmans/MediTekst
 Nieuwe Prinsengracht 39
 1018 EG Amsterdam
 Telefoon (020) 4232131
 Fax (020) 4232059

Redactiesecretariaat

Mevrouw C. Bakker-Bosman
 Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
 Postbus 3176, 3502 GD Utrecht
 Telefoon (030) 2881700
 Fax (030) 2870668

Nederlands Huisartsen**Genootschap**

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht
 Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
 Telefoon (030) 2881700
 Fax (030) 2870668

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

Bohn Stafleu Van Loghum bv
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon (030) 6395763
 Advertenties behoeven de goed-
 keuring van de redactiecommissie.
 Inzenden aan de uitgeverij.

Abonnementen

Klantenservice Bohn Stafleu
 Van Loghum
 Postbus 246, 3990 GA Houten
 Telefoon (030) 6385700
 Fax (030) 6385839
 E-mail: klantenservice@bsl.nl
 Binnenland NLG 174,50 per jaar.
 België BEF 3.951 per jaar. Overig
 buitenland NLG 261,75 per jaar.
 Studenten NLG 99,50 per jaar.
 Losse nummers NLG 18,-.

Huisarts en Wetenschap verschijnt
 13x per jaar. Opzeggingen dienen
 ten minste twee maanden voor de
 aanvang van een kalenderjaar te
 worden gericht aan Klantenservice
 Bohn Stafleu Van Loghum.

Adreswijzigingen

NHG-leden aan het NHG-bureau.
 Overige abonnees aan
 Klantenservice Bohn Stafleu
 Van Loghum.

Druk

Verweij bv, Mijdrecht



Lid van de
 Nederlandse
 Organisatie van
 Tijdschrift-
 Uitgevers NOTU.

ISSN 0018-7070

Hoe ver reiken de verantwoordelijkheden van (huis)arts en patiënt?

Wij leven in een tijdperk waarin de patiënt centraal staat en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt zeer belangrijk wordt gevonden. Deze situatie leidt tot vragen over het gewenste handelen van de (huis)arts. In hoeverre mogen artsen bijvoorbeeld een patiënt negatieve informatie onthouden, of dienen zij erover te waken dat de patiënt hun adviezen of afspraken over een vervolgschikking nakomt? Welke waarden zijn hierbij in het geding?

De directe aanleiding voor deze vragen was een klinische les in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* waarin echografisch onderzoek bij een jonge man aanvankelijk een sterk vermoeden deed rijzen op een abcederende epididymo-orchitis links en twee maanden later het beeld toonde van een sterk afwijkend reflectiepatroon van de linker testis en epididymis.¹ Er werd een expectatief beleid afgesproken; de patiënt ontrok zich echter aan de afgesproken poliklinische controle. Twaalf maanden na het eerste consult meldde hij zich opnieuw, nu met een beeld dat veroorzaakt bleek door een testismaligniteit. Viel de specialist of de huisarts iets te verwijten, en hoe zit dat met andere situaties waarin de verantwoordelijkheid bij de patiënt wordt gelaten?

In dit commentaar ga ik allereerst in op het gezondheidsethisch en juridisch kader, en geef ik vervolgens mijn persoonlijke visie.

Gezondheidsethisch kader

Binnen de gezondheidsethiek spelen vier grondbeginselen een hoofdrol in het debat over het goede handelen van hulpverleners: zij dienen niet te schaden, eerbied te hebben voor het leven, iedereen gelijk te behandelen en ieders autonomie te respecteren.²

Tot voor kort overheerste het principe van het niet-schaden (non nocere): de dokter werd geacht te handelen in het belang van de patiënt. In dit – paternalistische – model handelt de arts niet volgens de *wil* van de patiënt maar doet hij *wat volgens hem* in een gegeven situatie in het *belang* van de patiënt is, en prevaleren dus de normen, waarden en opvattingen van de arts.^{3,4} Paternalistische handelingen zullen meestal goed bedoeld zijn. De kans bestaat echter dat de arts daarmee in feite vooral ten eigen bate handelt, en het belang en welzijn van de patiënt ondergeschikt maakt aan zijn eigen belangen.

Tegenwoordig overheerst het principe van respect voor de autonomie van de pa-

tiënt. De achterliggende gedachte is dat mensen in beginsel de vrijheid hebben zelf hun wil te bepalen en hun leven in te richten.

Paternalistische interventies zijn echter niet in alle gevallen laakbaar; ze worden geoorloofd geacht als er reëel gevaar is voor ernstige schade; onder ernstige schade wordt in dit verband verstaan: datgene wat in hoge mate afbreuk doet aan iemands belangen of welzijn. Zo kan de arts er bij een acute hartstilstand van uitgaan dat de patiënt mag worden gereanimeerd. Heeft de patiënt echter expliciet verklaard dat hij niet wenst dat deze handeling wordt uitgevoerd, dan is de arts daartoe ook niet gerechtigd.

Men kan overigens heel wel een zekere vorm van paternalisme aanvaarden, zonder daarmee afbreuk te doen aan de autonomie-norm. Niemand is er immers bij gebaat zichzelf onbedoeld en ongewenst ernstige schade toe te brengen. De arts dient daarbij echter rekening te houden met de normen en waarden van de ander. Dit betekent dat de arts bereid moet zijn, de patiënt als medemens te herkennen en te ontmoeten, en in staat moet zijn met de patiënt te communiceren.⁵

Juridisch kader

Het juridisch kader is onder meer vastgelegd in de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De essentie hiervan vinden we in de bepaling dat 'de hulpverlener bij zijn werkzaamheden de zorg voor een goed hulpverlenerschap in acht neemt en dat hij daarbij handelt in over-

IN DIT NUMMER

Hoe ver reiken de verantwoordelijkheden van (huis)arts en patiënt?	281
Vrouwe Placebo	285
Dienstverlening en organisatie in de huisartspraktijk	290
Voedingsadviezen bij acute diarree. Een enquête onder Nederlandse huisartsen en hun assistentes	296
Slechthorendheid bij mensen met een verstandelijke handicap in de huisartspraktijk	301
Het stellen van de diagnose clusterhoofdpijn	305
Ingezonden	307
Referaten	309
Forum	311
Boeken	314
Agenda	316
NHG-katern	317

eenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard'. De WGBO beoogt de arts-patiëntrelatie gelijkwaardiger te maken en iets te doen aan de situatie dat artsen patiënten bevoogden.⁶ Het doel van de WGBO is niet gelijkheid, maar gelijkwaardigheid; het gaat erom dat de patiënt serieus wordt genomen en als volwassen gesprekspartner wordt behandeld. De WGBO biedt aldus het kader én de inspiratie voor het ontstaan van een *wederkerige* vertrouwensrelatie.

Sommigen menen dat de WGBO de medische hulpverlening juridiseert en de praktijk onnodig ingewikkeld maakt.⁷ *Leenen* daarentegen meent dat de WGBO een codificatie inhoudt van bestaande rechtsregels; in zijn ogen heeft de WGBO de rechtsverhouding tussen hulpverlener en patiënt dan ook niet veranderd.⁸

Door te spreken van 'goed hulpverlenerschap' ruimt de wetgever een grote plaats in voor de in de professionele standaard vastgelegde eigenheid van de medische beroepsbeoefening en kan er sprake zijn van 'levend recht'. De professionele standaard bestaat immers uit het stelsel van normen, regels, protocollen, richtlijnen en ervaringen waarop de beroepsbeoefening is gestoeld. Dat geldt ook voor de twee onderwerpen waarover dit commentaar gaat: de informatieplicht van de arts en de reikwijdte van de verantwoordelijkheid van de arts voor de patiënt.

Informatieplicht

Volgens de WGBO dient de arts de patiënt duidelijk in te lichten over de voorgestelde behandelingen en onderzoeken. De WGBO gaat er hierbij van uit dat de patiënt pas weloverwogen toestemming kan geven als de arts de relevante informatie heeft verstrekt ('informed consent'). Bij het geven van informatie moet de arts zich laten leiden door 'hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten' over behandeling, risico's, eventuele alternatieven en prognose. Tevens moet de arts de patiënt op de hoogte houden van ontwikkelingen in diens gezondheidstoestand.⁹

De volgende casus maakt duidelijk hoe verschillend het begrip 'redelijkerwijze' kan worden geïnterpreteerd.

In 1993 waarschuwde het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam een chirurg omdat hij een patiënte na een operatie wel had verteld dat er sprake was geweest van een tumor van het sigmoid, maar niet dat er tevens sprake was van lymfekliermetastasen.¹⁰ Tijdens de behandeling van de zaak zei deze chirurg dat hij zich bij patiënten met een dubieuze prognose altijd op de vlakte hield, tenzij de patiënt hem uitdrukkelijk naar de prognose vroeg. Naar aanleiding van de casus formuleerde het tuchtcollege de volgende algemene criteria ten aanzien van de informatieplicht van de arts:

'Het niet geven van duidelijke informatie aan de patiënt kan volgens algemeen aanvaarde maatstaven slechts bij uitzondering gerechtvaardigd zijn, namelijk als de arts na zorgvuldige afweging van de belangen van de patiënt tot het oordeel komt dat deze van het kennisnemen van bepaalde informatie zodanig ernstig nadeel zou ondervinden dat bijvoorbeeld voor een suicide of een anderszins voor de patiënt levensbedreigende situatie zou moeten worden gevreesd. Slechts dan mag worden besloten met toepassing van de therapeutische exceptie die informatie niet te geven. De arts zal bij zijn besluitvorming de aard van de informatie moeten stellen tegenover het vermogen van de patiënt de informatie te kunnen verwerken. Een te verwachten minder gunstig verloop van het genezingsproces of onzekerheid van de arts zelf over de prognose is op zichzelf onvoldoende voor een beroep op de therapeutische exceptie. (...) Indien de arts meent dat er gronden kunnen zijn voor een beroep op de therapeutische exceptie, dient hij dit te toetsen aan het oordeel van verwanten van de patiënt, voor zover deze hebben laten blijken met het lijden van de patiënt begaan te zijn, en/of wellicht ook aan het oordeel van de huisarts'.

Dat het tuchtcollege niet accepteert dat de chirurg patiënten met een dubieuze prognose niet informeert tenzij dezen hem uitdrukkelijk naar de prognose vragen, is te billijken. Toch is het de vraag hoe het precies zit met de door het college geformuleerde strenge norm over de therapeutische exceptie.

In artikel 7:448 lid 3 wordt hierover gesteld dat de arts de patiënt slechts inlichtingen mag onthouden 'voor zover het verstrekken daarvan kennelijk ernstig nadeel voor de patiënt' zou opleveren. De hoofdregel is derhalve dat de hulpverlener verplicht is de patiënt goed voor te lichten; de patiënt behoeft daarom bijvoorbeeld niet te vragen. De uitzondering is af te leiden uit het tweede lid van artikel 7:448, waarover het kabinet in de Memorie van Antwoord heeft gesteld: 'In principe is de hulpverlener verplicht de patiënt te informeren. Slechts indien naar zijn zorgvuldige overtuiging een vroegtijdige wetenschap een onaanvaardbare psychische belasting van de patiënt en/of zijn omgeving zou meebrengen, zou de hulpverlener kunnen overwegen de informatieverstrekking op te schorten'.¹¹

Door deze nuancering op de hoofdregel kan recht worden gedaan aan het ingewikkelde proces dat aan informatieverstrekking ten grondslag ligt. Het gaat te ver om het nalaten van het geven van informatie slechts toe te staan als er gevaar voor suicide is, of bij een andere levensbedreigende situatie. Hoewel de WGBO ook zegt dat, indien het belang van de patiënt dit vereist, de desbetreffende inlichtingen aan een ander dan de patiënt moeten worden verstrekt, kunnen vraagtekens worden gezet bij de rol die het tuchtcollege toekende aan de familie; lang niet ieder

familieelid is immers opgewassen tegen de situatie meer of iets anders te weten dan de patiënt en lang niet altijd dient het informeren van de familie (uitsluitend) het belang van de patiënt.

De patiënt heeft het recht om niet te willen weten, maar hoe kan de dokter van de wens hiertoe op de hoogte zijn zonder met de patiënt te hebben gesproken over de mogelijkheid van een ongunstige uitslag?¹² Bij hiv-tests is hiermee inmiddels ervaring opgedaan door patiënten expliciet te vragen of zij een ongunstige uitslag willen weten. Huisartsen zouden gebruik kunnen maken van hun langdurige relatie met patiënten door veel vaker en veel eerder met hen te spreken over essentiële vragen die de zorg (kunnen) bepalen. Hierdoor kan de huisarts weten hoe patiënten tegenover leven en dood staan, en in hoeverre zij willen worden ingelicht over 'slecht nieuws'. De ervaring van veel (huis)artsen dat er nog weleens ruimte zit tussen wat patiënten tevoren zeggen, en wat zij willen als ze concreet met (mogelijk) onheil worden geconfronteerd, doet niets af aan de noodzaak van het vergaren van deze basale informatie.

Verantwoordelijkheid voor de patiënt

Elke behandelaar wordt geconfronteerd met patiënten die voorschriften niet opvolgen of afspraken niet nakomen. Rust op de hulpverlener nu de plicht om te zorgen voor een bewakingssysteem, waarmee patiënten actief kunnen worden geholpen hun therapie te volgen of afspraken na te komen?

Natuurlijk is de patiënt in de eerste plaats zelf verantwoordelijk voor het nakomen van voorschriften, adviezen en afspraken. Juridisch zal de arts dan ook niet snel iets te verwijten zijn als een competente patiënt nalatig is. Moreel ligt het mogelijk anders. Als we weten dat patiënten er moeite mee hebben voorschriften en afspraken na te komen, en als het ons ernst is met ons 'goed hulpverlenerschap', dan kunnen we ons niet verschuilen achter de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.

Allereerst is hier het principe om niet te schaden in het geding; daarnaast dienen we recht te doen aan het uitgangspunt dat wederkerig vertrouwen het fundament is van de hulpverleningsrelatie. Op basis hiervan heeft de gezondheidszorg een morele plicht om patiënten te ondersteunen bij het nakomen van hun afspraken, en – als dat niet lukt – een gesprek over de achtergronden hiervan aan te gaan. Dit geldt vooral als patiënten door het niet-nakomen van afspraken ernstige gezondheidsschade kunnen oplopen. Moeten we, als een patiënt met een achteruitgaande nierfunctie – tegen alle afspraken in – niet op het spreekuur komt, niet een systeem hebben waardoor we hem kunnen oproepen? Wellicht kunnen we dan begrijpen waarom hij zich niet aan de afspraken houdt, en kunnen we hem bewegen zich wél te laten controleren.

Verantwoordelijkheid voor beslissingen is iets anders dan verantwoordelijkheid voor het goed laten verlopen van het informatie- en beslissingsproces. Als we de patiënt werkelijk serieus nemen, zullen we ook de discussie moeten aangaan over beslissingen die vanuit onze kennis en ervaring onjuist of onlogisch zijn. Niet om de patiënt te pressen om anders te handelen, maar om zijn handelen te kunnen begrijpen of om hem te confronteren met onze afwijkende gezichtspunten. Uiteindelijk moeten we de opvattingen van de patiënt respecteren, maar dit hoeft niet 'zomaar' te gebeuren. Bij een volwassen, gelijkwaardige relatie behoort overigens ook dat wij de bereidheid moeten hebben om ons te laten overtuigen door de argumenten van de patiënt.

Idealiter betekent dit dat huisartsen moeten beschikken over een signaleringssysteem voor patiënten die behandeld worden voor diabetes mellitus, matige en ernstige hypertensie en andere chronische aandoeningen. Met dit systeem kunnen nalatige patiënten worden opgeroepen.

De eigen verantwoordelijkheid wordt vaak als argument genoemd in de discussies over de actieve opsporing van risicofactoren en aandoeningen. Van het NHG-congres over preventie in 1986 herinner ik me de polemieken nog levendig. Typerend was het commentaar van *Van Weel*, dat de vraag welke rol de huisarts uiteindelijk voor zich opeist, vooral zal worden beslecht rond het hoofdpunt 'Mág preventie?'¹³

Dat thans officieel een actiever beleid wordt voorgestaan, komt naar mijn indruk minder voort uit overtuiging dan uit pragmatisch-politieke overwegingen. Als er 'evidence-based' aanwijzingen zijn dat preventieve activiteiten zinvol zijn, mogen wij ons daarvan niet laten afhouden door argumenten als 'dit leidt tot medicalisering' of 'de patiënt moet zelf zijn verantwoordelijkheid nemen'. Huisartsen die menen dat zij niet in staat zijn griepvaccinatie van risicogroepen en de actieve opsporing van mensen met diabetes mellitus, hypertensie en familiale hypercholesterolemie te verzorgen, dienen zich ervan te vergewissen dat andere zorgverleners deze preventieve handelingen bij hun populatie verrichten.

Goed patiëntschap als spiegelbeeld?

Mijn uitgangspunt is de volwassen, gelijkwaardige relatie tussen arts en patiënt. Nogal eens wordt gesteld dat tegenover de plichten van de arts ook plichten van de patiënt behoren te staan. Men moet echter in het oog houden dat artsen vrij hebben kunnen kiezen voor het hulpverlenerschap, maar dat dit niet geldt voor het patiëntschap. *Van Wijmen* heeft terecht betoogd dat het concept van 'goed patiëntschap' dan ook niet gelijkwaardig kan zijn aan het concept van 'goed hulpverlenerschap'.¹⁴ Patiënt-zijn is niet een professie of een bezigheid waar je beter van wordt.

lets anders is dat de patiënt er zelf ook baat bij heeft als hij investeert in het onderhouden van een vertrouwensrelatie met zijn arts.¹⁵ Waar de patiënt van een arts kan eisen dat hij hem vertrouwen schenkt, is dit omgekeerd echter niet afdwingbaar.

Conclusie

De WGBO legt de arts de plicht tot 'goed hulpverlenerschap' op. Het aardige van dit begrip is dat het voor een belangrijk deel wordt gevuld door de in normen, regels, protocollen, standaarden, richtlijnen en ervaringen vastgelegde professionele standaard. Hoewel de plicht tot informatie wettelijk is vastgelegd, zijn er zowel volgens het recht als volgens de codes van de gezondheidsethiek omstandigheden waarin een arts een patiënt negatieve informatie mag onthouden. De arts zal zich hierbij moeten laten leiden door zowel het principe om niet te schaden, als het principe van respect voor het recht op autonomie. De arts zal moeten varen op de geëxpliciteerde of gepercipieerde wil van de patiënt. In het laatste geval dient hij zich zeer terdege af te vragen of hij inderdaad handelt in de geest van de patiënt. De arts zal daarom zichzelf redelijk moeten kennen en zo nodig elders advies moeten inwinnen.

Uit 'goed hulpverlenerschap' vloeit verder voort dat de beroepsgroep de plicht heeft patiënten te helpen bij het nakomen van voorschriften en afspraken, zeker als het nalaten daarvan tot ernstige gezondheidsschade kan leiden.

Bovenstaande conclusie is gebaseerd op mijn overtuiging dat wederzijds vertrouwen het fundament is van de zorgverlening en van de 'helende potenties' van patiënten. Hoewel de argumentaties binnen de gezondheidsethiek en het gezondheidsrecht meer uitgaan van de noodzaak de rechten van patiënten te beschermen, sluiten de conclusies die hieraan verbonden worden nauw aan bij de mijne. En om het resultaat gaat het uiteindelijk.

- 1 Berger CPAM, Lycklama à Nijeholt AAB. Epididymitis of testismaligniteit? Ned Tijdschr Geneesk 1996; 140: 1669-71.
- 2 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 2nd ed. New York, Oxford: Oxford University Press, 1983.
- 3 Spreeuwenberg C. Huisarts en stervenshulp [dissertatie]. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1981.
- 4 Overvoorde PPJ. Voor de patiënt, maar zonder de patiënt. In: De Beaufort ID, Dupuis HM. Handboek gezondheidsethiek. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1988. p. 89-98.
- 5 Spreeuwenberg C. De patiënt als contra-subject in de medische relatie. Metamedica 1981; 60: 125-35.
- 6 Van Wijmen FCB. Vertrouwen en verantwoorde zorg. Bij de inwerkingtreding van de WGBO. Med Contact 1995; 50: 411-2.
- 7 Voorn Th. De WGBO in de praktijk. Enige bespiegelingen van een huisarts bij de start van de WGBO. Med Contact 1995; 50: 415-6.
- 8 Leenen HJJ. Invoering WGBO. Conceptie, groei en geboorte. Med Contact 1995; 50: 413-4.
- 9 Keij FJ, Wermendol-van den Heuvel G. Standaardinformatie of informatiestandaard? Informatieverstrekking onder de WGBO. Med Contact 1996; 50: 419-20.
- 10 Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam d.d. 6 september 1993. Med Contact 1994; 49: 337-9.
- 11 Kastelein WR, Spreeuwenberg C. Informatieplicht arts geldt (bijna) altijd. Med Contact 1994; 49: 337.
- 12 Arts en patiëntenrechten. Utrecht: KNMG, 1995.
- 13 Van Weel C. Van oude schema's en nieuwe schoenen [commentaar]. Huisarts Wet 1986; 29(suppl 10): 2-5.
- 14 Van Wijmen FCB. Goed patiëntschap als spiegelbeeld van verantwoorde zorg [oratie]. Deventer: Kluwer, 1996.
- 15 Spreeuwenberg C. Hulpverleningsrelaties. Consumentenboek Gezondheidszorg. Utrecht: De Tijdstroom. p. C-1.

Dr. C. Spreeuwenberg
Hoofdredacteur *Medisch Contact*,
hoogleraar 'integratie geneeskundige zorg tussen de eerste en de tweede lijn aan chronisch zieke patiënten',
Universiteit Maastricht