

De invloed van jurisdisering op de huisarts-patiëntrelatie

R.A. DE MELKER

De Melker RA. De invloed van jurisdisering op de huisarts-patiëntrelatie. Huisarts Wet 1999; 42(12): 570-6.

Juridisering van de arts-patiëntrelatie heeft positieve en negatieve kanten. Enerzijds gaat het om rechtsbescherming, versterking van de positie van de patiënt en kwaliteitsbewaking, anderzijds om de mogelijk negatieve invloed op de samenwerkingsrelatie van patiënt en huisarts en om bevordering van defensief gedrag. De negatieve betekenis van jurisdisering berust vooral op onbekendheid met klachten en rechtspraak, en gevoelens van onrecht en onzekerheid. Hoewel het aantal tuchtrechtelijke procedures tegen huisartsen is verdubbeld, wordt slechts een kwart grond verklaard. Schadeclaims betreffen niet altijd medische fouten. Dat patiënten meer gebruik van hun rechten maken is begrijpelijk, maar klachten en rechtspraak leveren vaak 'verliezers' op en er wordt weinig van geleerd. Communicatieproblemen zullen niet verbeteren door lange, complexe en voor de klager en de aangeklaagde huisarts vaak onbegrijpelijke procedures. Uit onderzoek blijkt dat defensief gedrag van huisartsen in ons land relatief weinig voorkomt. Een zeker defensief gedrag past bovendien bij de door de beroepsgroep bepleite patiëntgerichte benadering. Defensief gedrag wordt niet zozeer door jurisdisering bevorderd, maar door het hoge verwachtingspatroon van patiënten en de emotionele wijze waarop huisartsen met klachten omgaan. Door fouten te erkennen en te bespreken, krijgt de patiënt vaak voldoende genoegdoening. Huisartsen kunnen leren van fouten en klachten, en dat kan de zorgkwaliteit bevorderen. De normen en regels voor waarneming, registratie en telefonische consulten verdienen daarom meer aandacht. Daarnaast valt te denken aan het ontwikkelen van een systematische prognostische benadering van klachten en risicogroepen en -situaties. Als het tot een procedure komt, zijn een zakelijke benadering en een goede voorbereiding van belang. Rechtspraak lijkt geen goed antwoord op fouten en ontevredenheid van patiënten; daarom zou meer aandacht moeten worden gegeven aan een verdere ontwikkeling van het klachtrecht.

Prof.dr. R.A. de Melker, emeritus hoogleraar huisartsgeneeskunde UMCU, huisarts i.r., Frederik Hendriklaan 63, 3708 VB Zeist.

Inleiding

De laatste jaren bestaat er een groeiende aandacht voor klachten tegen huisartsen. Patienten zijn kritischer geworden, er wordt scherper gelet op de kwaliteit van de hulpverlening, er zijn meer mogelijkheden om klachten in te dienen en de aandacht van de media voor fouten van artsen is toegenomen.¹

Bij huisartsen bestaat veel onbegrip over tuchtrechtelijke uitspraken, omdat deze strijdig (zouden) zijn met huisartsgeneeskundige normen en tot defensieve geneeskunde zouden kunnen leiden.²⁻⁶ Artsen vrezen jurisdisering van de gezondheidszorg vanwege een negatieve invloed op de verstandhouding tussen arts en patiënt en op de kwaliteit van zorg.^{1,7} De arts-patiëntrelatie moet op samenwerking en niet op strijd blijven berusten.⁷ Het voornemen voor een 'elektronische schandpaal' op Internet en aan het schadebedrag gerelateerde honorering van advocaten, roept het schrikbeeld van 'Amerikaanse toestanden' op: een sterk defensieve en pedant geneeskunde.^{2,3,8}

Anderen menen dat de meeste tuchtrechtelijke uitspraken gefundeerd zijn, en dat er bij artsen veel misverstanden over rechtspraak voorkomen.⁴ Er zou in de gezondheidszorg geen cultuur bestaan om van fouten te leren.⁹ Wetgeving kan patiëntenrechten juist bevorderen en aansporen tot verbetering van de kwaliteit van zorg.⁷

Het doel van dit artikel is om op basis van recente literatuur inzicht te geven in een mogelijke samenhang tussen jurisdisering en de huisarts-patiëntrelatie. Aan de orde komen de volgende vragen:

- Is er sprake van jurisdisering van de huisartsgeneeskunde?
- Beïnvloeden deze jurisdisering, fouten, klachten en rechtspraak de huisarts-patiëntrelatie?
- Is sprake van een sterkere neiging tot defensief handelen ten gevolge van jurisdisering?

Definities en begrippen

Een *incident* is een neutrale term voor 'een ongelukkige gebeurtenis, die onder optimale condities geen deel uitmaakt van het beloop van een ziekte of behandeling daarvan en die tot schade heeft geleid voor de patiënt en/of arts-patiëntrelatie'.¹⁰ Een incident is, in tegenstelling tot een fout, niet altijd verwijtbaar, maar wel vermijdbaar.

Een *fout* is 'een verwijtbare, nalatige handeling met een ongewenst gevolg, waarvan de oorzaak aan de handelend persoon is toe te rekenen'. Van een objectieve medische fout is sprake indien een beroepsnorm of -regel is overtreden met schadelijke gevolgen voor de patiënt.⁹ Een huisarts moet dus met huisartsgeneeskundige normen beoordeeld worden.

Een *klacht* is: 'elk bezwaar over het handelen of nalaten van een hulpverlener, instelling of organisatie op het terrein van de gezondheidszorg'.¹¹

Defensief handelen is 'anders handelen dan de huisarts gewend is en dan naar zijn mening de voorkeur zou verdienen, uit angst voor verwijten of klachten van de patiënt of zijn familie'.¹²

Juridisering is: 'toename van de invloed van juridische interventies op sociale relaties' en omvat de groei van rechtsregels, bureaucratisering en 'justitialisering' (= verschuiving van sociale conflicten en politieke besluiten naar de rechtspraak).¹³ Hoewel jurisdisering in het spraakgebruik meestal een negatieve betekenis heeft (te grote invloed van juridische interventies op de kwaliteit van zorg), worden positieve effecten beoogd, zoals rechtsbescherming en kwaliteitsbewaking.¹³

Klachtrecht en rechtspraak

Het is van belang dat een klacht op de juiste plaats terechtkomt,¹⁴ en zoveel mogelijk op het laagste niveau wordt behandeld (*kader op pag. 571*).

Bij *klachtrecht* gaat het om het waarborgen van de kwaliteit van zorg door een snelle, kostenloze uitspraak, die onvrede

kan wegnemen en die door feedback kan bijdragen aan kwaliteitsverbetering.

Ook *tuchtrecht* waarborgt de kwaliteit van de beroepsuitoefening, maar de procedure is veel complexer, tijdrovender en kostbaarder dan bij klachtrecht. Tuchtrecht betreft persoonlijke verwijten en niet de schuldvraag, zoals bij civiele procedures.¹⁵

Bij *civielrechtelijke procedures* gaat het om genoegdoening voor geleden schade,

maar het toewijzen van een claim betekent nog niet dat verwijtbaar is gehandeld.¹⁵

Strafrecht betreft het handhaven van de rechtsorde. Het leent zich moeilijk om medische fouten te behandelen, omdat het rechtstreeks verband tussen de fout en de dood of zwaar lichamelijk letsel moeilijk bewijsbaar is, en er sprake moet zijn van grove schuld.

Ondanks verschillen in doel, vorm en sancties, wordt klachtrecht gebruikt als

‘opstap’ voor een tuchtzaak en/of tuchtrecht voor een civiele procedure, vanwege lage kosten en het verkrijgen van relevante gegevens.^{3,15} De rol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg is het bewaken van de kwaliteit van de zorg en het toezicht op een adequate afhandeling van klachten.¹⁶

Artsen hebben, ook volgens Europees recht, in principe alleen een inspanningsverplichting; een resultaatsverplichting zou bij medisch handelen onredelijk zijn.^{17,18} Slechts in uitzonderlijke gevallen geldt een resultaatsverbintenis, zoals het tijdig toedienen van een geneesmiddel en het uitvoeren van opdrachten.¹⁷

In de rechtspraak geldt als regel ‘wie stelt, moet bewijzen’. Omdat de patiënt hierdoor in een moeilijke positie wordt geplaatst, heeft de patiënt het inzage-recht van medische dossiers en de arts stelplicht. Dit laatste wil zeggen dat een huisarts ‘de betwisting’ van het door patiënt gestelde met feitelijke gegevens dient te onderbouwen.¹³ Vooral bij het beoordelen van schadeclaims kan de bewijslast meer en meer bij de hulpverlener worden gelegd, waardoor verslaglegging een andere betekenis kan krijgen dan het oorspronkelijk bedoelde ‘bijhouden van aantekeningen noodzakelijk voor goede hulpverlening’.^{13,19,20} Bij tuchtrecht is het niet nodig om de causale samenhang tussen handelen en letsel aan te tonen.²¹

Juridisering van de huisartsgeneeskunde

Naast de door de wet beoogde positieve effecten van juridisering (rechtsbescherming, kwaliteitsbewaking), zijn er negatieve effecten, die zowel met de omvang als met het verschijnsel juridisering op zichzelf samenhangen.¹³

Bij een onderzoek bleek dat het aantal tuchtrechtelijke klachten tegen huisartsen tussen 1982 en 1992 was verdubbeld van 83 tot 187. Vooral het aandeel van klachten tegen waarnemers was gestegen: van 15 tot 27 procent van het aantal tegen huisartsen ingediende klachten. Slechts één op de vijf klachten werd gegrond verklaard en bij tweederde van alle opgelegde maat-

Kenmerken van de verschillende vormen van klachten en rechtspraak^{2,11,15,20,38}

Klachtrecht

Doel Wegnemen van onvrede.

Aanklager Slachtoffer.

Vorm DHV-klachtencommissies van huisartsen, met wettelijk vastgestelde samenstelling en termijn van afhandeling.

Kenmerken Laagdrempelig, procedurele waarborgen, snelle uitspraak, geen kosten, geen beroep mogelijk.

Sancties Geen formele sancties, maar wel feedback op handelen met controle achteraf en een morele invloed.

Wet Klachtrecht cliënten Zorgsector.

Klachten bij en door de Inspectie voor de Gezondheidszorg

Sinds de invoering van de Wet klachtrecht in de Gezondheidszorg heeft de Inspectie geen rol meer bij de behandeling van klachten.³⁸ Wel kan de inspectie op grond van ‘meldingen’ onderzoek uitvoeren en bestaat er het recht om informatie in te winnen.^{20,38} De Inspectie kan tegen uitspraken van een Klachtencommissie geen hoger beroep aantekenen, maar wel kunnen klagers hun ervaringen bij de Inspectie melden en kan deze besluiten dat nader onderzoek is aangewezen.³⁸

Tuchtrecht

Doel Waarborgen behoorlijk niveau beroepsuitoefening, beroepsethiek, publiek vertrouwen; *niet* primair genoegdoening voor patiënt.

Aanklager Slachtoffer.

Vorm Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg (destijds Medische Tuchtcolleges).

Kenmerk Openbare zittingen van Tuchtcolleges van ter zake deskundige rechters en vertegenwoordigers van beroeps-genoten; informeel klaagschrift met verweer en ter zitting gesprek tussen

tuchtcollege, klager en aangeklaagde huisarts. Kosten in beginsel voor klager. Beroep mogelijk bij Centraal College voor de Gezondheidszorg (destijds Gerechtshof).

Sancties Waarschuwing, berisping, boete, schorsing en ontzegging bevoegdheid.

Wet Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG).

Civielrechtelijk schadevergoedingsrecht

Doel Goedmaken van door slachtoffer geleden nadeel, schade, soms ook punitief karakter.

Aanklager Slachtoffer.

Vorm Burgelijk rechter, Arrondissementsrechtbank van niet ter zake deskundige rechters.

Kenmerk Zwaar middel, aanzienlijke drempel, tijdrovend door uitwisselen van stukken van advocaten en deskundigen, kostbaar, formele zittingen met pleidooien, getuigen en deskundigen. Kosten in beginsel voor rekening van de verliezende partij.

Sanctie Schadevergoeding.

Wet Wet op de Geneeskundige Behandelingen Overeenkomst (WGBO).

Strafrecht

Doel Handhaven rechtsorde, bescherming van de rechtsgemeenschap.

Aanklager Openbaar Ministerie.

Vorm Arrondissementsrechtbank.

Kenmerk Zeer zwaar middel, punitief, niet ter zake deskundige rechters, rechtsgang is formeel geregeld, advocaat en deskundigen.

Sanctie Vrijheidsbeneming, geldboete, verbodverklaring, en dergelijke.

Wet Wetboek van Strafrecht.

regelen ging het om de minst zware sanctie (waarschuwing). Schorsing en ontzegging kwamen zeer zelden voor (respectievelijk 31 en 3 gevallen in tien jaar).

Klachten tegen waarnemers worden relatief vaker gegrond verklaard.²² Bij bijna een kwart van de gegrond verklaarde klachten ging het om het weigeren van het afleggen van een huisbezoek, vooral in de waarneming.²²⁻²⁴ Tijdens waarnemingen, bij risicogroepen (kinderen, ouderen en allochtonen) en dringende verzoeken ging de rechter ervan uit dat aan een verzoek om een visite in principe moet worden voldaan, tenzij er gegronde redenen zijn om niet te gaan (*kader op deze pagina*).^{22,23} Telefonische consulten worden in de jurisprudentie afgeraden, vanwege het risico van communicatiestoornissen.²³

Het aantal ingediende schadeclaims tegen artsen is de laatste jaren sterk gestegen, maar het aantal uitkeringen is vrijwel constant gebleven.^{25,26} Bij de grootste schadeverzekeraar voor huisartsen is het aantal ingediende schadeclaims de laatste jaren verdrievoudigd, van 54 in 1994 tot 165 in 1998. In één op de vijf gevallen ging het echter om materiële schade aan kleding, gebruiksvoorwerpen en niet om het handelen van de huisarts. Bijna de helft van de schadeclaims betrof een gemiste diagnose, zoals myocardinfarct, meningitis, cauda-syndroom en morbus Addison [persoonlijke mededeling Vereniging van Artsen Automobilisten].

Van 21 strafzaken in de periode 1886-1987 betroffen twee een huisarts.²¹ De meeste fouten leidden niet tot een juridische procedure. Bij een exploratief onderzoek bij zeventien huisartsen bleek dat van 101 naar het eigen oordeel gemaakte fouten slechts één tot een tuchtzaak had geleid.²⁷ Door 22 huisartsen werd gemiddeld ongeveer één incident per jaar per huisarts gemeld, de meeste aan het einde van de week. Vaak ging het om communicatieproblemen en conflictsituaties.¹⁰ Er zou bij het tuchtrecht nauwelijks samenhang bestaan tussen het subjectieve oordeel van ontevreden patiënten en het oordeel van de tuchtrechter over het al of niet bestaan van een medische fout op grond van de meer objectieve beroepsnormen.

Jurisprudentie

Registratie en waarneming

Medisch Tuchtcollege Amsterdam 18 september 1995³⁹

Tegen drie huisartsen uit een groepspraktijk is een klacht ingediend vanwege het missen van een trombose. De klacht wordt gegrond verklaard met onder meer de volgende motivatie:

'Een goede en volledige verslaglegging, communicatie in woord en geschrift is onontbeerlijk.'

'Een huisarts moet nooit zonder eigen oordeelsvorming diagnose en beleid van een collega overnemen, maar voortdurend alert blijven.'

Prognostiek

Medisch Tuchtcollege Amsterdam 18 september 1995³⁹

Naar aanleiding van bovengenoemde zaak wordt een klacht over de gemiste trombose als volgt gemotiveerd: 'Niet verwijtbaar is dat de huisarts de trombose heeft gemist. Wel dat, toen geen helder inzicht kon worden verkregen in de oorzaak van de pijn geen verwijzing of consultatie heeft plaatsgevonden.'

Centraal Medisch Tuchtcollege 9 mei 1996³⁹

Een patiënt heeft in 1990 een hernia-operatie ondergaan, en heeft twee jaar later stijfheid en toenemende pijn in de rug. De huisarts bezoekt hem tweemaal (Voltaren-injectie en later pethidine-injectie). In de loop van de avond ontstaat urineretentie en gevoelloosheid van been en penis. De echtgenote belt de waarnemend huisarts en beschrijft de klachten en de voorgeschiedenis. Deze geeft *telefonisch advies* om patiënt plat te leggen en de volgende morgen te bellen, indien de klachten blijven bestaan. De volgende dag wordt de diagnose conus-caudasyndroom gesteld. Klager verwijt de huisarts dat hij na het telefoontje niet direct is gekomen en hem niet meteen heeft ingestuurd. Het Medisch Tuchtcollege had in eerste aanleg de klacht gegrond verklaard en de maatregel van waarschuwing opgelegd en had onder meer overwogen: 'Dat verweerder (= de aangeklaagde huisarts) uit de mededelingen van de echtgenote dat sprake was van

mictieklachten en afwijkend gevoel van de penis had moeten en kunnen begrijpen dat er een *gevaarlijke situatie* bestond en snel handelen nodig was. Hij had op korte termijn een visite moeten afleggen.' Het Centraal Medisch Tuchtcollege bevestigt de uitspraak in eerste aanleg.

Ernstige maatregelen

Gerechtshof 's Gravenhage 6 april 1995³⁹

Een huisarts was in eerste aanleg door een Medisch Tuchtcollege uit zijn beroep ontzet vanwege recidiverende grove onkunde, eigen gebruik van opiaten, het uitschrijven van valse recepten en inadequate experimentele behandelingen. Het Gerechtshof achtte de opgelegde maatregel passend, onder meer omdat: 'Deskundigen hadden verklaard dat voortgezet functioneren van de aangeklaagde huisarts risico's voor patiënten inhoudt, deze ter zitting niet blijf had gegeven van enig besef dat zijn medisch handelen ver beneden de maat was, terwijl hij inmiddels weer als huisarts in Spanje werkzaam was en dat sprake was van ernstige recidive.'

Medisch Tuchtcollege 's Gravenhage 16 augustus 1995

Klacht van de Inspecteur voor de Gezondheidszorg tegen een huisarts vanwege chronisch alcoholmisbruik. De huisarts had diverse ontwenningsskuren ondergaan zonder blijvend succes en bleek een vergevorderde gewenning voor alcohol te hebben. Het Medisch Tuchtcollege overwoog dat het voorgoed onmogelijk maken van de beroeps- uitoefening een arts buitengewoon zwaar treft, maar dat anderzijds de maatschappij beschermd moet worden. Het Medisch Tuchtcollege besloot dat de ontzegging niet zou ingaan, mits de arts zich aan een ontwenningsskuur en psychotherapie zou onderwerpen gedurende 2,5 jaar en gedurende die tijd geen gebruik van zijn bevoegdheid zou maken. Daarbij overwoog het Medisch Tuchtcollege: 'Omdat de arts zijn bevoegdheid definitief zal verliezen, indien hij zich niet stipt aan de voorwaarden houdt, zal dit wellicht aan een succesvol resultaat kunnen bijdragen.'

Daarom zou tuchtrecht geen rol vervullen bij genoegdoening van ontevreden patiënten.²⁸

Veel belangrijker dan de kwantiteit lijkt de kwalitatieve invloed van juridische procedures. Huisartsen vrezen het Medisch Tuchtrecht vanwege de veronderstelde onvoorspelbaarheid en de grote emotionele belasting.⁹ Fouten maken is menselijk, maar een fout erkennen is moeilijk vanwege ontkenings- en verdringsmechanismen. Veel huisartsen kunnen zich hun fouten niet goed herinneren en schrijven deze toe aan de 'omstandigheden', de patiënt of de familie.²⁷ Bij een klacht of schadeclaim zouden veel (huis)artsen geneigd zijn tot een overreactie in plaats van zakelijk, zo niet 'onderkoeld' te reageren.⁷ Ook wordt niet altijd de hulp van collega's ingeroepen en wordt geen adequate juridische bijstand gezocht. Juridische procedures zijn vaak complex en langdurig, onder meer door hoger beroep en/of combinaties van tucht- en civielrechtelijke procedures. Onbekendheid met rechtspraak kan tot slechte verdediging en onterechte uitspraken en veroordelingen leiden.^{2,3}

Hoewel juristen menen dat uitspraken van tuchtcolleges meestal goed te begrijpen zijn, vinden huisartsen dat vaak onjuiste (klinisch-specialistische) criteria gehanteerd worden, en dat te veel nadruk op het missen van zeldzame diagnoses wordt gelegd.^{4,6} Bij een juiste keuze van advocaat en deskundige worden huisartsen echter vaak niet zozeer veroordeeld vanwege het missen van een zeldzame ziekte, maar wel vanwege het onjuist inschatten van de prognose.³ Daarbij kan het om onvoldoende aandacht voor alarmsignalen en risicogroepen gaan, onvoldoende systematisch volgen van een onduidelijk klachtenpatroon door inadequate follow-up, onvoldoende overdracht van gegevens in de waarneming en inadequate verslaglegging.^{2,3}

Een goed deskundigenrapport vereist onder meer een strikte scheiding van feiten en interpretaties, beschrijving van tegenstrijdige verklaringen van beide partijen, en het toepassen van huisartsgeneeskundige normen op grond van relevante literatuur.³ Niet-medici moeten zich realise-

ren dat de medische wetenschap maar een deel van het handelen van de huisarts met harde gegevens kan onderbouwen en dat een NHG-standaard hoogstens het beste advies van het moment weergeeft en geen absolute waarheden.²⁹ Uit NHG-standaarden kan geen verplichting voortvloeien om in elk individueel geval precies een standaard te volgen.²⁹

Huisarts-patiëntrelatie

Juridische interventies beïnvloeden per definitie de huisarts-patiëntrelatie, hetzij positief hetzij negatief. Of het om positieve of negatieve, tijdelijke of blijvende invloeden gaat, hangt af van de omvang van klachten en rechtspraak, en vooral de wijze waarop ermee wordt omgegaan.¹³ Juridisering kan het rechtsgevoel versterken, en door een leerproces aan verhoging van de kwaliteit van zorg bijdragen, maar ook tot een ander gevoelsklimaat leiden dan de huisarts gewend is.^{7,13} In plaats van een sfeer van samenwerking en overleg, kan een strijdtoneel ontstaan.⁷ Communicatie is echter nodig voor een goed begrip van elkaars doelen en referentiekaders, informatie, therapietrouw en het herkennen van psychosociale problemen.³⁰ Bij een fout zal de huisarts als hulpverlener, en vanuit de samenwerkingsrelatie, zelf het initiatief (moeten) nemen om de fout te erkennen, bespreekbaar te maken, te analyseren en begrip te tonen voor de negatieve gevoelens van de patiënt.^{9,31} Maar bij een klacht en zeker een juridische procedure, wordt van de huisarts als aangeklaagde partij een zakelijke benadering gevraagd en mag, of in een civiele procedure moet, hij zich ook kunnen verdedigen.³

De combinatie van de rol van de begripsvolle hulpverlener met de rol van aangeklaagde is moeilijk. Als begripsvolle hulpverlener mag en moet een fout toegegeven worden en begrip voor de patiënt getoond, maar in een civielrechtelijke procedure mag nooit schuld of aansprakelijkheid erkend worden. Juridisch kan op een schuld-bekentenis niet teruggekomen worden en de verzekeraar wordt dan de mogelijkheid

ontnomen om een onderzoek in te stellen of door deskundigen te laten instellen.³

Er lijkt een tegenstelling tussen huisartsgeneeskundige en juridische beginselen te bestaan. In de praktijk heeft de huisarts echter veel vrijheid, mits de bovengenoemde termen niet gebruikt worden. Bovendien zal de huisarts zich ook als aangeklaagde in de positie van de klager moeten verplaatsen, zich goed moeten voorbereiden en de tijd moeten nemen. Verondersteld wordt dat dan de meeste klachten geen verdere behandeling behoeven. Het huidige aansprakelijkheidsrecht zou door moeilijke bewijsvoering, hoge kosten en langdurige procedures de tegenstellingen tussen partijen bevorderen.^{10,31,32}

Defensief handelen

In de periode mei 1979 tot mei 1981 werd in twaalf huisartspraktijken bij 2 procent van de contacten defensief gehandeld.³³ Bij ruim een kwart van het aangevraagde onderzoek van achttien huisartsen speelden defensieve overwegingen min of meer een rol, vaak bij onderzoek 'ter geruststelling', op 'verzoek van de patiënt'. Dit zou erop kunnen wijzen dat een zekere mate van defensief handelen bij een patiëntgerichte benadering zou passen.¹² Nederlandse huisartsen zouden minder vaak defensief handelen dan Belgische, en het is typisch Nederlands om het als een probleem te beschouwen.^{34,35} De huisarts is door de continue relatie met een vaste groep patiënten kwetsbaar en zal graag doen wat de patiënt wil.³⁵

Juridisering kan op verschillende manieren defensief gedrag bevorderen, waardoor huisartsen zich nog meer gaan 'indekken':

- Een reeds bestaande angst voor verwijten en faalangst kunnen tot gevolg hebben dat huisartsen de informatieplicht blindelings gaan naleven, ook waar dit ongewenst is.³⁶
- Door de omkering van de juridische regel 'wie stelt moet bewijzen' kan een deel van de bewijslast bij de huisarts worden gelegd.^{17,20}

- Verslaglegging is niet langer alleen noodzakelijk voor een adequate hulpverlening, maar kan ook nodig zijn om zich te kunnen verdedigen.²⁰ Adequate verslaglegging is echter ook voor de continuïteit van zorg van toenemend belang geworden bij meer deeltijdarbeid, kortere werktijden en meer samenwerkingsverbanden met frequentere overdracht van zorg aan verschillende waarnemers. Het relatief hoge en gestegen aantal veroordelingen van waarnemers in tuchtzaken is dan ook een belangrijk leerpunt voor de beroepsgroep.
- Ten slotte is er een tendens om bij schadeclaims onder strikte regels ook rekening te houden met subjectieve aspecten, zoals onmeetbare pijn. Naast defensief gedrag zal dit tot premieverhogingen kunnen leiden.³⁷

Beschouwing

Is sprake van juridisering van de huisartsgeneeskunde?

Er is sprake van juridisering van de huisartsgeneeskunde, maar het gaat daarbij niet alleen om een negatieve invloed. Positief is dat in een democratische samenleving mondiger en kritischer patiënten vaker gebruik maken van door wetgeving gegeven rechten. Dit zou de kwaliteit van de hulp ten goede kunnen komen, als huisartsen individueel en als beroepsgroep van fouten en klachten zouden leren. Huisartsen willen echter fouten vaak niet toegeven, en reageren verontwaardigd en met onbegrip op klachten.

Opvallend is dat de meeste aandacht uitgaat naar 'casuïstiek' over onjuiste veroordelingen en niet naar het ontbreken van goed in- en overzicht met betrekking tot de relevante jurisprudentie. Zeker hier geldt 'onbekend maakt onbemind': de kennis op juridisch gebied bij huisartsen is gering of afwezig. Het ontbreekt de huisarts aan vaardigheden om adequaat op een klacht te reageren. De attitude is onzakelijk, emotioneel en te weinig afstandelijk. Huisartsen dragen door een negatieve benadering van klachten en onvoldoende voorbereiding zelf bij aan een slechte verdediging en onjuiste uitspraken.

Huisartsen zouden zich er meer van bewust moeten zijn dat formele klachten slechts het 'topje van de ijsberg' van ontevredenheid en fouten van hun patiënten vormen. De meerderheid van fouten leidt immers niet tot een klacht en indien dit wel gebeurt, wordt de meerderheid van die klachten ongegrond verklaard. Juist omdat huisartsen als arts kwetsbaar zijn, vanwege het ontbreken van kenmerkende klinische gegevens bij beginstadia van ziekten en onzekere prognoses, zou het omgaan met fouten meer aandacht verdienen. Dat tot nu toe te weinig aandacht aan de vakinhoudelijke en juridische aspecten van klachten is besteed, zal aan een negatieve invloed van juridisering kunnen bijdragen.

Beïnvloeden juridisering, fouten, klachten en rechtspraak, de huisarts-patiëntrelatie?

De huisarts-patiëntrelatie wordt door juridisering beïnvloed, maar dit past bij een democratischer samenleving met mondiger patiënten. Of dit negatieve gevolgen heeft voor de huisarts-patiëntrelatie, hangt mede af van de reactie van de huisarts. Hoewel het bespreken van fouten een onderdeel van kwaliteitsbewaking is en klachten kan voorkómen, komt dit in de praktijk nog weinig voor. Door meer kennis en vaardigheden en een adequate attitude kan de huisarts zich ervan bewust worden dat door het indienen van een klacht een ander type relatie ontstaat: die van een ontevreden klant tegenover een leverancier of producent, in plaats van een samenwerkingsrelatie van een tevreden patiënt en een begripvolle hulpverlener.

De consequenties van de gewijzigde relatie worden vooral duidelijk bij schadeclaims, waarbij tegenstrijdige beginselen lijken te bestaan: wel de fout toegeven, maar nimmer schuld of aansprakelijkheid erkennen, roept een spanningsveld op. Meer aandacht voor dit spanningsveld zal de negatieve invloed van juridisering op de samenwerkingsrelatie tussen patiënt en huisarts kunnen verminderen. In tegenstelling tot klachtrecht wordt bij rechtspraak geen feedback met controle achteraf gegeven en een gefrustreerde huisarts

zal eerder fouten verdoezelen dan ervan leren. Dit pleit voor meer aandacht voor het klachtrecht.

Is sprake van een sterkere neiging tot defensief handelen ten gevolge van juridisering?

Hoewel er nog geen directe aanwijzingen bestaan voor een duidelijke toename van defensief handelen door juridisering, zijn er wel tendensen die defensief gedrag kunnen bevorderen.

Verondersteld wordt dat de tendens tot omkering van de bewijslast, het meer rekenen houden met subjectieve aspecten van klachten bij schadeclaims, de eisen voor een gedegen verslaglegging, de grotere aandacht voor fouten, zouden kunnen leiden tot meer defensief gedrag. Hoewel huisartsgeneeskunde geen 'kookboekgeneeskunde' is en een zeker defensief gedrag bij de door de beroepsgroep bepleite patiëntgerichte benadering lijkt te passen, is waakzaamheid geboden. Dit vraagt om een actieve houding van individuele huisartsen en vooral van de beroepsgroep. Niet de juridisering op zichzelf, maar de wijze waarop met fouten en klachten wordt omgegaan zal wel of juist niet leiden tot meer defensief gedrag.

In de NHG-standaarden staat het voorkómen van overbodig handelen voorop, maar er wordt veel minder nadruk gelegd op alertheid, een actief follow-up beleid en systematische prognostiek. Het voorkómen van defensief gedrag mag niet leiden tot gebrek aan aandacht voor het tijdig signaleren van alarmsignalen en onvoldoende instructies voor adequate follow-up. Dat huisartsen veel verantwoordelijkheid bij de patiënt leggen om onnodige afhankelijkheid te voorkomen, is een beroepsnorm die niet altijd aansluit bij de moderne patiënt als 'consumer'. De NHG-standaarden zijn wetenschappelijk verantwoord, maar houden te weinig rekening met verwachtingen van patiënten en jurisprudentie. Telefonische consulten, zoals in sommige NHG-standaarden expliciet worden aanbevolen, kunnen wetenschappelijk en praktisch verantwoord zijn, maar hieraan zijn, gezien de jurisprudentie, wel risico's verbonden.

Omdat het risico van defensief gedrag ook het gevolg is van (te) hoge verwachtingen van patiënten en grote verschillen tussen het referentiekader van huisartsen ('zuinig en zinnig') en van patiënten ('ze kunnen en weten alles'), is voorlichting over de beperkingen van de geneeskunde van

groot belang. Helaas werken de media dit tegen door het herhaaldelijk tonen van medisch-technische hoogstandjes. Situaties met verhoogd risico voor fouten, zoals waarneming, risicogroepen en telefonische consulten, vereisen aangepaste beroepsnormen.

Professioneel omgaan met fouten en klachten – aandachtspunten voor de beroepsgroep

Scholing

- Wetgeving, gang van zaken bij klachtrecht en rechtspraak, jurisprudentie, rol advocaat en deskundige.
- Leren fouten te analyseren, bijvoorbeeld in HAGRO, niet alleen psychologisch maar ook vakinhoudelijk, in het licht van huisartsgeneeskundige normen en jurisprudentie.
- Leren omgaan met klachten en rechtspraak, zoals een zakelijke houding en verwerken emoties.

Huisartsgeneeskundige normen

- Bewustwording en formulering van de consequenties van prognostisch handelen: systematisch nagaan van alarmsignalen, risicofactoren, normen voor het alert volgen van een klachtenpatroon in de tijd door duidelijk afspraken voor follow-up en informatie van patiënten.
- Aandacht voor het afwegen van voor- en nadelen van het leggen van de verantwoordelijkheid bij patiënt of huisarts.
- Zorgvuldigheidseisen voor telefonische consulten c.q. het niet afleggen van visites, zoals systematisch nagaan van alarmsignalen, goede informatie en afspraken.
- Een uniforme dienstenstructuur met uitgewerkte normen voor de waarneming: assistentie, voldoende en flexibele bemensing door reservecapaciteit, automatisering, uniforme en snelle berichtgeving, gesystematiseerde informatie vooraf over probleempatiënten, continue dossiervorming tijdens de diensten, registratie van *alle* – ook schijnbaar onbeduidende – meldingen, mogelijk centrale database.
- Normen voor overzichtelijke én vollediger registratie (elektronisch medisch dossier).

Voorlichting van patiënten

- Voorlichting over beperkingen van de (huisarts)geneeskunde met aandacht voor het leren omgaan met onzekerheid bij de bevolking.
- Duidelijke informatie over klachtrecht (praktijkfolder met procedure, adres klachtencommissie, en dergelijke) en rechtspraak.
- Meer aandacht voor de voordelen van klachtrecht.

Fouten

- Binnen een samenwerkingsrelatie moet een fout erkend en besproken worden, en er moet begrip worden getoond.
- Het inroepen van de hulp van collega's kan helpen bij het adequaat omgaan met fouten en klachten.
- Het toegeven van een *fout* betekent nog niet het bekennen van *schuld* en aansprakelijkheid in juridische zin.

Klachten

- De samenwerkingsrelatie als hulpverlener moet onderscheiden worden van de zakelijke relatie als aangeklaagde.
- Een aangeklaagde in een juridische procedure mag en moet zich verdedigen, maar ook dit vereist invoelend vermogen en begrip.
- Onder bepaalde voorwaarden mag de relatie met de patiënt worden verbroken. Tot die voorwaarden behoren een schriftelijke motivatie, expliciete toezegging alle noodzakelijke hulp te zullen blijven bieden tot de patiënt een andere huisarts heeft gevonden, en het waarborgen van een adequate overdracht aan de nieuwe huisarts.
- Een zakelijke benadering vereist een gespecialiseerde advocaat en een deskundige die vanuit huisartsgeneeskundige normen het handelen kan beoordelen.

Consequenties

Hoe kan de huisarts(geneeskunde) professioneel omgaan met fouten en klachten?

De negatieve invloed van juridisering kan beperkt worden door scholing, duidelijke huisartsgeneeskundige normen voor risicosituaties, voorlichting en meer aandacht voor het klachtrecht (*kader op deze pagina*).

- Scholing op juridisch gebied en op het gebied van het omgaan met fouten en klachten zou een zakelijke benadering van klachten en rechtspraak kunnen bevorderen.
- Duidelijke normen voor een systematische prognostische benadering omvatten het systematisch nagaan van alarmsignalen, alertheid, en een adequate follow-up.
- De beroepsnormen voor overdracht bij waarneming, telefonische consulten en verslaglegging verdienen meer aandacht.
- De verouderde en lokaal wisselende dienstenstructuur is dringend toe aan vernieuwing en uniformiteit.
- Voorlichting aan patiënten, enerzijds over de beperkingen van de (huisarts)geneeskunde, anderzijds over hun rechten en hun mogelijkheden om te klagen, is noodzakelijk.
- Omdat een klacht op het laagste niveau behandeld zou moeten worden, en rechtspraak naast voordelen ook nadelen kent, verdient klachtrecht meer aandacht.

Literatuur

- 1 Legemaate J. Het melden van fouten aan de patiënt. Med Contact 1999;54:348-9.
- 2 De Wit NJ, De Melker RA. De huisarts en de pijnbank. Tijdschr Huisartsgeneesk 1997;14:76-84, 156-62.
- 3 De Melker RA. De huisarts in de knel: ervaringen als deskundige bij juridische procedures tegen huisartsen. Praktijk Management 1999;15:64-8, 76-8.
- 4 Hubben JH. Onbegrip over tuchtrechtelijke beslissingen. Ned Tijdschr Geneesk 1998;141:1851-3.
- 5 Van Weel C. Recente tuchtuitspraken bevorderen defensieve geneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:1844-5.
- 6 Stalman W, Zaat JOM, Lagro-Janssen ALM. Tucht recht, wiens norm? Huisarts Wet 1998;41:

- 459-60.
- 7 Van Dantzig A, Verhoeff J. De arts-patiëntrelatie: conflict of harmonie? Med Contact 1999;54:500-2.
- 8 Mat J. Geen genezing, wel recht. NRC Handelsblad 12 September 1998.
- 9 Conradi M. Fouten van huisartsen. Amsterdam, Meppel: Boom, 1995.
- 10 Conradi M, De Bruyn M, Schuling J, et al. Naar preventie van fouten in de huisartspraktijk. Een vergelijking van verschillende meldingssystemen. Huisarts Wet 1994;37:381-6.
- 11 Kastelein WR. Van klagen tot klachtrecht. Het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg. Gouda: Quint, 1992.
- 12 Van Boven C, Dijksterhuis PH, Lamberts H. Defensief handelen door huisartsen bij aanvullend onderzoek. Huisarts Wet 1994;37:473-7.
- 13 Legemaate J. Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening. Preadvies uitgebracht voor de jaarvergadering van de vereniging voor Gezondheidsrecht, 1994.
- 14 Legemaate J. De afhandeling van klachten en fouten. Verschillende mogelijkheden. Med Contact 1996;51:1308-9.
- 15 Sluyters B. Tuchtrecht en civiel recht. Verschillen en mogelijkheden. Med Contact 1996;51:1312-3.
- 16 Kastelein WR. Het klachtrecht van de patiënt bij de geneeskundige inspectie en het Tuchtcollege: huidige situatie en toekomstige ontwikkelingen. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137:1731-5.
- 17 Leenen HJJ. Handboek gezondheidsrecht. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1996.
- 18 Spanjer JM. Het medische tekort en de sancties daarop. Ned Tijdschr Geneesk 1990;134:33-35.
- 19 Roscam Abbing HDC. Sterilisatie en civiele procedures. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:118-20.
- 20 Roding TJ. Recht in de Gezondheidszorg. Praktijkboek. Enschede: Eoos, 1998.
- 21 Beets HM. Aesculaap in de greep van Themis [Dissertatie]. Arnhem: Gouda Quint, 1989.
- 22 Heineman MEF, Hubben JH. De Huisarts in de medische tuchtrechtspraak 1982-1993. Lelystad: Vermande, 1995.
- 23 Hubben JH, Jongerius P, Heineman MEF. Tuchtrechtelijke jurisprudentie over huisartsen, 1982-1992. Ned Tijdschr Geneesk 1995;139:1506-9.
- 24 Van der Wal G. Medische tuchtrechtspraak in Nederland. Een tienjaaroverzicht. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:2640-4.
- 25 Bins JW. Adviserende advocaten; een medisch-juridische les. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:1371-4.
- 26 Leenen HJJ. Preventie van schade. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:1665-7.
- 27 Conradi MH, Schuling J, Mulder H. Fouten in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1988;31:222-7, 288-92.
- 28 Verkruisen WG. Dissatisfied patients: their experiences, interpretations and actions [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.
- 29 Van Wijmen F, Grol RPTM. Juridische aspecten van standaarden in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1992;35:235-9.
- 30 Rutten GEHM, redactie. Huisarts en patiënt. Richtlijnen en uitgangspunten. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1996.
- 31 Schuling J, Conradi MH. Hoe gaat de huisarts verder na een fout? Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:3-6.
- 32 Van der Veen EB. De patiëntenletselverzekering. Med Contact 1992;47:562-67.
- 33 Lamberts H, Jansen PMH. Defensief handelen door huisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1984;128:598-602.
- 34 Grol R, Whitfield M, De Maeseneer J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. Br J Gen Pract 1990;40:134-6.
- 35 Grundmeijer HGLM. Defensief handelen: lastige klanten of lastige klachten? Huisarts Wet 1994;37:458-60.
- 36 Lagro-Jansen ALM, Van Wijmen FCB. Informeren is zilver, zwijgen is goud? Informatieplicht en therapeutische exceptie volgens de WGBO. Huisarts Wet 1998;41:603-6.
- 37 Van Wijngaarden GK. Veranderende inzichten in de beoordeling van letselschade. Ned Tijdschr Geneesk 1992;136:438-40.
- 38 Lucieer J. Het wettelijk instrumentarium van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Med Contact 1998;53:1057-60.
- 39 Gids Jurisprudentie Gezondheidsrecht. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

