

Een inspannende resultaatsverbintenis

Als gevolg van ontwikkelingen in de mondzorgprofessie en veranderingen in de samenleving wordt een horizontaal georganiseerde mondzorg steeds meer gemeengoed. Voor de patiënt brengt dat met zich mee dat het onduidelijker wordt wie nu eigenlijk waarvoor verantwoordelijk is. In geval van een conflict zal het voor juristen ook moeilijker worden vast te stellen met wie de patiënt een (deel)behandelovereenkomst heeft gesloten. Om aan deze onduidelijke situatie een einde te maken wordt voor mondzorgcentra een wettelijk geregelde centrale aansprakelijkheid bepleit.

Allard R.H.B. Een inspannende resultaatsverbintenis
Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 116: 651-653

Inleiding

Het mei- en juninummer van dit tijdschrift waren gewijd aan risico en risicoanalyse in de mondzorg. Op verzoek van de gastredacteur en de hoofdredacteur lever ik een bijdrage aan deze bespiegelingen. Twee vragen staan daarbij centraal: hoe gaat de mondzorg zich in de nabije toekomst ontwikkelen en welke invloed heeft dat op de ontwikkeling van de rechtspraak in de mondzorg. Ik beperk mij bij de ontwikkeling van de mondzorg tot 6 min of meer nauw verweven trends.

Trends in de mondzorg

Beroepsdifferentiatie

De beroepsdifferentiatie, al dan niet georganiseerd en geregistreerd, zal zich verder ontwikkelen. Er kan daarbij onder meer worden gedacht aan de esthetische tandheelkunde, uitgebreide rehabilitaties met kronen en bruggen en praktijkmanagement.

De verdergaande beroepsdifferentiatie wordt aangejaagd door een aantal ontwikkelingen. Eén daarvan is de stijgende vraag naar tandartsen met een bijzondere bekwaamheid door de mondzorgmarkt en de consument/patiënt. De tandarts-algemeen practicus zal de mondzorg in de toekomst niet meer in volle breedte kunnen beheersen en de hulp van gedifferentieerde collega's wel moeten inroepen. In een steeds vrijere markt zal een consument/patiënt ook steeds vaker op zoek gaan naar de beste prijs-kwaliteitverhouding. Ook krijgen tandheelkundestudenten door de herinvoering van het zesde studiejaar de gelegenheid om kennis te maken met de verschillende differentiaties die later eventueel worden omgezet in een feitelijke differentiatie.

Praktijkvorm

Het aantal solopraktijken zal geleidelijk aan afnemen. Het wordt namelijk niet alleen economisch, maar ook medisch-technisch steeds aantrekkelijker samen te werken in verbanden waarin een aantal differentiaties is vertegenwoordigd.

Ook werken in deeltijd is door de grotere opvangmogelijkheid van een samenwerkingsverband eenvoudiger. Op het belang van het met collega's op eenvoudige wijze kunnen overleggen en het vragen van een tweede mening kom ik bij het onderdeel rechtspraak van dit betoog nog terug. En de rompslomp van alle wet- en regelgeving wordt sommige socialisten nu al te zwaar. Tijd voor een samenwerkingsverband met een mondzorgmanager.

Werken in deeltijd

Het aantal werkers in deeltijd neemt toe. Dat komt niet alleen door de forse toename van het aantal vrouwelijke collega's, van wie een groot deel ervoor kiest werk en gezin te combineren. Het komt ook door een veranderde arbeidsethos: het leven draait niet meer alleen om het werk. Zo werkt op dit moment 75% van alle werkende vrouwen in deeltijd en (al) 25% van alle werkende mannen (CBS, 2009). Werken in deeltijd is eenvoudiger te realiseren in de al bestaande grote samenwerkingsverbanden.

'Shoppen'

De patiënt zal geleidelijk aan uitgebreider gaan 'shoppen'. Immers, zijn huistandarts kan hem steeds minder bedienen. Enerzijds omdat deze steeds meer in deeltijd gaat werken. Anderzijds omdat de huistandarts het vak niet meer in volle omvang beheerst en daarom een beroep moet doen op collega's. Daar komt nog bij dat het voor de patiënt lonend kan zijn om bij de dan geldende vrije (?) tarieven een prijs-kwaliteitvergelijking te maken.

De algemeen practicus zal de mondzorg in de toekomst niet meer in volle breedte kunnen beheersen en de hulp van gedifferentieerde collega's wel moeten inroepen'

Werken in teamverband

De samenstelling van het mondzorgteam wordt steeds gecompliceerder. Naast de superspecialist en de specialist krijgt de patiënt niet alleen te maken met zijn/haar 'eigen' tandarts, maar ook met een of meerdere gedifferentieerde tandartsen, de mondarts, de mondhygiënist, de preventieassistent, de

praktijkassistent, de receptionist en de praktijkmanager die niet alleen de bedrijfsvoering verzorgt, maar ook regelt wie wat wanneer doet. Kortom, de 1 op 1 tandarts-patiëntrelatie wordt een heel gecompliceerde, waarbij het voor de patiënt niet meer duidelijk is wie waarvoor verantwoordelijk is.

Uitbreiding studie

De herinvoering van het zesde jaar in de studie tandheelkunde biedt de mogelijkheid om de opleiding verder te verdiepen. Dat kan een verticale verdieping zijn, waarbij de student zich in het bijzonder bekwaamt in 1 onderdeel van de mondzorg, of een horizontale verdieping, waarbij alle aspecten van de mondzorg aan de orde komen. Sommige opleidingen kiezen daarbij voor verdieping over de volle breedte met extra aandacht voor een kennismaking met de verschillende differentiaties, praktijkmanagement en het opstellen van behandelplannen met het accent op 'zelf doen of verwijzen?'

Deze opsomming van trends is uiteraard geen limitatieve lijst. Het zijn 6 herkenbare trends die elkaar beïnvloeden en versterken. Welke consequenties hebben deze ontwikkelingen nu voor de rechtspraak in de mondzorg?

Trends in de rechtspraak in de mondzorg

De belangrijkste vraag is: waaraan zal worden getoetst? In het recht staan de 'redelijkheid en billijkheid' hoog in het vaandel. Het valt dan ook niet te verwachten dat het criterium van de 'redelijk bekwame collega' wordt verlaten (Hoge Raad, 1991). Het begrip 'collega' dient in geval van een tandarts-algemeen practicus te worden uitgelegd als 'de gemiddelde Nederlandse huistandarts die zijn vak normaal bijhoudt'. Dus niet een gedifferentieerde tandarts (tenzij men zich natuurlijk als zodanig afficheert) en niet onder ideale, maar onder gewone omstandigheden.

Het feit dat dit criterium niet verandert, wil echter nog niet zeggen dat de inhoud van het criterium niet verandert. Want hoe ziet de 'redelijk bekwame collega' er over 20 jaar uit? Ervan uitgaande dat de gedifferentieerde tandarts op zijn vakgebied beter werk aflevert dan de gemiddelde huistandarts en

...de rompslomp van alle wet-
en regelgeving wordt sommige
solisten nu al te zwaar'

dat het aanbod van de verschillende differentiaties voldoende groot is, is het zeer wel denkbaar dat een patiënt zijn huistandarts verwijt dat deze hem niet heeft verwezen. Als de collega wel gewoon is dat in soortgelijke gevallen te doen, is dat de norm en heeft deze huistandarts een probleem. Vandaar dat in het nieuwe curriculum steeds meer het accent zal worden gelegd op de beslissing 'zelf doen of verwijzen'. Ook het vaker vragen van een tweede mening zal, mede door het ontstaan van grotere samenwerkingsverbanden, steeds meer

de norm worden, met als consequentie dat die norm ook zal gaan gelden voor de redelijk bekwame solist. Een derde norm die zal gaan veranderen bij het steeds meer (horizontaal) verwijzen is de zogenaamde 'culpa in elegendo': schuld bij het uitkiezen. Als het aanbod van collega's naar wie men kan verwijzen ruim is, wordt de verantwoordelijkheid van de verwijzer voor naar wie deze verwijst navenant groter.

In het midden van de vorige eeuw was de zogenaamde 'inspanningsverbintenis' voor een tandarts algemeen geldend. Dit hield in dat als het nagestreefde resultaat niet werd bereikt de patiënt bij een geschil hierover moest aantonen dat de (tand)arts zich onvoldoende had ingespannen. De steeds sterker wordende positie van de patiënt en de verbeterde mondzorgtechnieken hebben in een toenemend aantal gevallen bij zowel de tandarts als de patiënt geleid tot de aanname dat bij (relatief) eenvoudige behandelingen de patiënt op een goed resultaat mag rekenen: de resultaatsverbintenis. Dit heeft onder meer als consequentie dat de bewijslast bij de tandarts komt te liggen. De tandarts moet aantonen dat het niet of slechts gedeeltelijk behaalde resultaat niet aan hem te wijten is. Wel zal het risico in de loop van de tijd steeds meer bij de patiënt komen te liggen. Het betreft dus meestal op korte termijn een resultaatverbintenis en op lange termijn een inspanningsverbintenis.

In een markt waarin echter steeds meer wordt geconcurrereerd op (vrije) prijs en kwaliteit en waarin het voor de patiënt veel gemakkelijker wordt om te gaan 'shoppen', zal de tandarts de consument meer houvast willen geven bij het maken van zijn keuze, bijvoorbeeld door een bepaald resultaat gedurende een bepaalde periode te garanderen. Zeker nu de wetenschap in staat is steeds duidelijker aan te geven op welke duurzaamheid de patiënt en de behandelaar mogen rekenen. De inspanningsverbintenis is een resultaatsverbintenis geworden. Of dat een gelukkige ontwikkeling is, betwijfel ik. Immers, bij een oordeel over de aansprakelijkheid dienen toch altijd ook de 'omstandigheden van het geval' te worden meegewogen, bijvoorbeeld de mondhygiëne van de patiënt.

Nu horizontale verwijzing binnen de mondzorg meer en meer gemeengoed wordt, zal er steeds vaker sprake zijn van een hoofdbehandelaar, de huistandarts, en een medebehandelaar, een gedifferentieerde tandarts of specialist. Hierbij blijft de huistandarts in beginsel eindverantwoordelijk, maar de medebehandelaar houdt zijn eigen professionele verantwoordelijkheid en moet dus handelen als een redelijk bekwame collega en kan daarop worden aangesproken. Zo zal een huistandarts die verwijst naar een implantoloog in beginsel verantwoordelijk zijn voor het totale behandelplan. Maar als dat onzinnig is, kan de implantoloog zich daar niet achter verschuilen.

Tot slot

Het ontstaan van steeds grotere samenwerkingsverbanden in de mondzorg met gedifferentieerde behandelaars en hulppersonen brengt met zich mee dat het voor de patiënt steeds onduidelijker wordt wie nu eigenlijk waarvoor verantwoordelijk is. Ook voor juristen zal het steeds moeilijker worden vast te stellen met wie de patiënt een (deel)

behandelovereenkomst heeft gesloten. Als de 'eigen' tandarts hoofdbehandelaar is binnen het team is dat nog geen probleem, maar als dat niet zo is, roept het de vraag op of dan de praktijkmanager de centrale regisseur is. Als deze echter niet BIG-geregistreerd is, kan hij geen behandelingsovereenkomst sluiten.

• **'Het ontstaan van steeds grotere samenwerkingsverbanden in de mondzorg brengt met zich mee dat het voor de patiënt steeds onduidelijker wordt wie nu eigenlijk waarvoor verantwoordelijk is'**

Een vergelijking met ziekenhuizen en andere zorginstellingen ligt voor de hand. Patiënten krijgen hier meestal ook te maken met meerdere medebehandelaars en veel verschillende hulppersonen. Daardoor is het voor hen vaak onduidelijk waar de verantwoordelijkheid van de 'eigen' specialist eindigt en die van de medebehandelaars en hulppersonen begint. Om aan deze onduidelijke situatie een einde te maken is in 1995 de centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis wettelijk vastgelegd. Te verwachten valt dat een dergelijke centrale aansprakelijkheid ook in het leven zal worden geroepen voor mondzorgcentra van een bepaalde (bedrijfs-) vorm en omvang. Dat is tegelijkertijd een mooie gelegenheid om kwaliteitseisen te stellen en centra die de patiënt alleen op commerciële gronden behandelingen aanpraten, uit te bannen.

Literatuur

Ned Tijdschr Tandheelkd 2009; 5 (mei) & 6 (juni).

Summary

As a consequence of developments in the oral health care profession and in society as a whole horizontally organized oral health care is becoming increasingly widely accepted. For patients, this brings increasing obscurity along with it regarding questions as to whom is responsible for what exactly. In case of conflict it will also become more difficult for lawyers to determine with whom a patient has entered into a (partial) treatment agreement. In order to put an end to such obscurity this article makes a case for legislation prescribing centralized liability for oral health care centres.

Bron

R.H.B. Allard

Uit de afdelingen Mondziekten, Kaak- en Aangezichts chirurgie VUmc/ACTA en LUMC

Datum van acceptatie: 27 oktober 2009

Adres: dr. mr. R.H.B. Allard, VUmc, postbus 7057, 1007 MB Amsterdam
rhb.allard@vumc.nl