

Tandheelkunde en gezondheidsrecht 1.

De zorginhoudelijke professionele standaard

Een tandarts moet zich gedragen conform de professionele standaard. Deze wettelijke bepaling is weinig concreet en verdient nadere invulling. Richtlijnen, protocollen en indicatoren spelen daarbij een belangrijke rol, maar zijn in de mondzorg nog dun gezaaid. Vooralsnog wordt zwaar geleund op uitspraken van tuchtcolleges en klachtencommissies. Zij beantwoorden daarin de vraag welke inspanning, en in sommige situaties zelfs welk resultaat, in de gegeven omstandigheden van een tandarts had mogen worden verwacht.

Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 1. De zorginhoudelijke professionele standaard
 Ned Tijdschr Tandheelkd 2013; 120: 212-215
 doi: 10.5177/ntvt.2013.04.12184

Inleiding

Als een aspect van de mondzorg de laatste tijd in beroering is, dan is het wel de relatie tussen tandartsen en de maatschappij. Daarbij bestaat de maatschappij uit patiënten, overheid en zorgverzekeraars. Vooral over de positie van patiënten wordt van alles gezegd. Er worden lijstjes opgesteld waaraan tandartsen trachten te voldoen en verder hoopt iedereen dat het zo snel mogelijk weer rustig wordt. De kans dat de rust binnen korte tijd weerkeert, is echter niet groot. Alle geplande veranderingen zijn nog niet geïmplementeerd. Ook staat al enige tijd een nieuwe wet op stapel waarvan onduidelijk is of die er komt: de *Wet cliëntenrechten zorg*. Mocht die wet er komen, dan zal ook dat weer de nodige beroering geven.

De hectiek draagt het gevaar in zich van incidentenpolitiek. Zeker met forse en langdurige veranderingen kan het raadzaam zijn weer eens een blik op het geheel te werpen en te bezien hoe de incidentele eisen kunnen worden gevat in basale regels voor de tandarts-patiëntrelatie. Om die reden presenteert dit tijdschrift een artikelenserie over het gezondheidsrecht.

Volgens de wet moet een zorgverlener (in de wet 'hulpverlener' genoemd) en dus ook een tandarts zich gedragen conform de professionele standaard die daarmee fungeert als centraal toetsingskader. De wet vermeldt letterlijk: "*de hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard*" (artikel 7:453 van het Burgerlijk Wetboek). Feitelijk wordt een tandarts hiervan niet veel wijzer want erg concreet is dit wetsartikel niet. Reden om in deze bijdrage de professionele standaard nader te omschrijven. Eerst wordt een korte toelichting gegeven op de strekking van de professionele standaard. Vervolgens focust het arti-

kel op de zorginhoudelijke aspecten van de professionele standaard en beantwoordt het de vraag 'Wat mag zorginhoudelijk van een tandarts in een concrete situatie worden verwacht?'. Daarna wordt ingegaan op het belang van richtlijnen, protocollen, indicatoren en jurisprudentie en op het onderscheid tussen een inspanningsverbintenis en een resultaatsverbintenis.

De professionele standaard

Allereerst moet een misverstand worden weggenomen. In de wet staat dat een tandarts zich als een goed zorgverlener moet gedragen. Dat betekent niet dat een tandarts tot de top 10 van Nederland moet behoren. Het gaat erom dat een tandarts zich gedraagt zoals een redelijk bekwaam en redelijk handelend beroepsgenoot in dezelfde omstandigheden zou doen (Hoge Raad der Nederlanden, 1990). Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Zwolle begint veel uitspraken daarom met de volgende overweging: "*Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard*" (Regionaal Tuchtcollege Zwolle, 2009).

De professionele standaard betreft alle aspecten van de beroepsuitoefening en ook op dit punt is meer helderheid wenselijk. Er zijn 3 invalshoeken mogelijk: zorginhoudelijk, relationeel en organisatorisch. De zorginhoudelijke aspecten kunnen worden verdeeld in eisen ten aanzien van de indicatie en in eisen ten aanzien van de uitvoering (afb. 1). In dit artikel ligt de focus op de zorginhoudelijke aspecten. De andere aspecten komen in het vervolg van de artikelenserie aan de orde.

Zorginhoudelijke aspecten

De zorginhoudelijke aspecten van de professionele standaard kunnen worden opgedeeld in eisen ten aanzien van de indicatie en ten aanzien van de uitvoering van de zorgverlening. Gedragsregel 5 van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) stelt enkele eisen aan de zorg in een bepaalde situatie. De zorgverlening moet deskundig, doelmatig en patiëntgericht zijn, waarbij een redelijk handelende tandarts als referentiekader geldt (Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2000). Dit betekent dat in een concrete situatie op basis van de zorginhoudelijke professionele



Afb. 1. Aspecten van de professionele standaard.

standaard van een tandarts wordt gevraagd dat zijn zorgverlening deskundig, doelmatig, patiëntgericht en zorgvuldig is.

Ter voorkoming van misverstanden: het gaat hier om patiëntgerichtheid van de zorginhoudelijke professionele standaard, niet om de relationele professionele standaard. Concreet betekent dit dat een tandarts op basis van de zorginhoudelijke professionele standaard bij zijn zorgverlening rekening moet houden met de wensen en de (on)mogelijkheden van een patiënt. En dat op basis van de relationele professionele standaard de patiënt wordt geïnformeerd en in de gelegenheid gesteld al dan niet zijn toestemming te geven. Vervolgens moet op basis van de zorginhoudelijke professionele standaard de concrete zorgverlening geschieden volgens de regels der kunst. Dit alles lijkt juridische scherpelijperij, maar dat is het, zeker in de mondzorg, niet. Anders dan in de algemene geneeskunde is in de mondzorg vaak sprake van substitutie. Een patiënt kan willens en wetens kiezen voor een goedkopere oplossing dan de oplossing die volgens het wetenschappelijk bewijs het beste zou zijn, zonder dat hierdoor levensbedreigende situaties ontstaan. Zou de patiëntgerichtheid niet opgenomen zijn in de zorginhoudelijke professionele standaard, dan zou een tandarts altijd moeten kiezen voor de oplossing waarvan wetenschappelijk is bewezen dat deze het meest doelmatig is. Maar aangezien rekening moet worden gehouden met de wens van patiënten, omvat de zorginhoudelijke professionele standaard een zekere bandbreedte die wordt bepaald door de wetenschappelijk bewezen doelmatigheid en de wensen en mogelijkheden van een patiënt. Op basis van de relationele professionele standaard dient een tandarts een patiënt te informeren over de verschillende mogelijkheden binnen deze bandbreedte.

Aan de vraag hoe ver de patiëntgerichtheid moet gaan, wordt in een volgende bijdrage van de artikelenserie aandacht besteed.

Richtlijnen, protocollen, indicatoren en jurisprudentie

Met betrekking tot de zorginhoudelijke eisen die aan tandartsen worden gesteld, is het belangrijk voor ogen te houden dat deze eisen afkomstig zijn van verschillende bronnen waarvan de wetenschap en de jurisprudentie de belangrijkste zijn. Nu is voornamelijk de wetenschap een bijna onbeperkte bron van wetenswaardigheden. Daardoor kan van een tandarts weliswaar worden gevraagd dat hij zijn kennis actueel houdt, maar het is bijna ondoenlijk elk nieuw wetenschappelijk artikel te lezen, op zijn merites te beoordelen en toe te passen: er zijn namelijk meer dan 850 tijdschriften over mondzorg (Beaglehole et al, 2009). Daarom spelen richtlijnen en protocollen een belangrijke rol. Zij geven in principe aan wat de professionele standaard in een concreet geval inhoudt (Legemaate, 1994; Hoge Raad der Nederlanden, 2000; Centraal Tuchtcollege, 2001; Hoge Raad, 2001). In principe, want als het belang van een patiënt dit vereist, kan en moet een tandarts van de relevante richtlijn of het protocol afwijken. Wel zal hij dit moeten motiveren vanuit het belang van de patiënt (Hoge Raad, 2005).

Behalve richtlijnen en protocollen kunnen ook indicatoren een rol spelen. De beroepsgroep kan afspreken een bepaalde score op een indicator als grenswaarde te beschouwen. Stel, er bestaat een indicator voor de gemiddelde levensduur van een restauratie. Men zou dan kunnen afspreken dat een gemiddelde levensduur van een restauratie van minder dan 1 jaar niet acceptabel is, tussen de 1 en de 5 jaar voldoende, tussen de 5 en de 15 jaar goed en meer dan 15 jaar uitstekend. In dat geval kan een score van 1 jaar fungeren als ondergrens voor wat van een tandarts mag worden verwacht. Gaat een restauratie langer mee, dan zal een klagende patiënt moeten aantonen dat zijn tandarts toch niet volgens de standaard heeft gehandeld. Gaat een restauratie korter mee, dan zal een aangeklaagde tandarts moeten bewijzen dat hij zich niettemin wel aan de standaard heeft gehouden.

Het belang van richtlijnen en protocollen wordt onderstreept in de definitie die de Regieraad Kwaliteit van Zorg van de professionele standaard heeft gegeven: *“Beste manier van handelen in een specifieke situatie met inachtneming van recente inzichten en evidence, zoals neergelegd in richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep dan wel het handelen zoals van een gemiddeld ervaren en bekwame beroepsgeenoot in gelijke omstandigheden had mogen worden verwacht”*. De Gezondheidsraad heeft deze omschrijving overgenomen, maar constateerde ook dat richtlijnen, protocollen en indicatoren in de mondzorg nog steeds niet dik zijn gezaaid (Gezondheidsraad, 2012). Een recent initiatief van de NMT en het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam zal daarin naar verwachting verandering brengen.

Het is wenselijk dat richtlijnen voor alle betrokkenen toegankelijk zijn. Men kan zich afvragen in hoeverre een richtlijn die niet voor alle betrokkenen beschikbaar is, kan gelden als een algemeen geldende norm (Brands, 2007). Een ander punt is de patiëntgerichtheid van de zorginhoudelijke

Casus 1

Uitspraak: “Het is duidelijk dat het resultaat van de door verweerder verrichte operaties aan de kin niet heeft beantwoord aan klagers verwachtingen om hem van zijn hinderlijke problemen te kunnen afbrengen. Klager schrijft dit slechte resultaat toe aan de door verweerder uitgevoerde behandeling. Het college is van oordeel dat niet gebleken is dat verweerder de ingreep onjuist of onzorgvuldig heeft uitgevoerd. Deze operatie heeft helaas geen verbetering van de klachten opgeleverd. Naar het oordeel van het college is dit verweerder niet te verwijten” (Regionaal Tuchtcollege Amsterdam, 2009).

delijke professionele standaard. Het patiëntenperspectief wordt in de eerder vermelde definitie van de Regieraad niet expliciet genoemd. Om recht te doen aan de emancipatie van patiënten zouden zij effectiever moeten worden betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en protocollen. (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2009). Daarnaast is het wenselijk dat in een richtlijn een zekere bandbreedte wordt aangegeven waarbinnen keuzes kunnen worden gemaakt op basis van de wensen van een patiënt.

Bij gebrek aan richtlijnen bestaat voornamelijk de neiging zwaar te leunen op uitspraken van tuchtcolleges of klachtencommissies. Hier is op zich niets tegen, maar wel moet voor ogen worden gehouden dat veel uitspraken sterk zijn bepaald door specifieke omstandigheden.

Resultaats- en inspanningsverbintenis

Leken zien de mondzorgverlening vaak als het leveren van een gebruiksartikel. Men koopt een kroon of een volledige gebitsprothese. En als een patiënt een behandeling als zorgverlening beschouwt, dan gaat hij er vaak van uit dat het resultaat voorspelbaar is. In dit verband worden wel de termen resultaatsverbintenis en inspanningsverbintenis gebruikt (Asser en Tjong Tjin Tai, 2009). Een resultaatsverbintenis is een verbintenis op grond waarvan de tandarts gehouden is een bepaald resultaat tot stand te brengen. Een inspanningsverbintenis is een verbintenis op grond waarvan de tandarts verplicht is een bepaalde inspanning (zorg, toewijding) te leveren teneinde te trachten een bepaald doel te bereiken (Stolker, 1988).

In casus 1 verweet een patiënt een mond-, kaak- en aangezichts chirurg dat hij met een kinplastiek niet het gewenste resultaat had bereikt. Het tuchtcollege keek echter niet naar het resultaat, maar naar de inspanning die de chirurg had geleverd. Klager meende dat het bewijs van een slechte prestatie was geleverd omdat het gewenste resultaat niet was bereikt. In de visie van de patiënt zou de mond-, kaak- en aangezichts chirurg moeten bewijzen dat hij, ondanks het slechte resultaat, een juiste inspanning had geleverd. Het tuchtcollege keerde het om. Het overwoog dat moest worden bewezen dat de mond-, kaak- en aangezichts chirurg onzorgvuldig had gehandeld. Het verschil tussen beide benaderingswijzen zit hem in de bewijslast. Bij een resultaatsverbintenis zou de bewijslast in een

Casus 2

Een tandarts had een brug gemaakt, maar deze kwam steeds los. Hij verweerde zich met een verwijzing naar de inspanningen die hij zich had getroost. De Regionale Beoordelingsraad dacht daar anders over. Omdat de betreffende brug in ieder geval 4 keer was losgekomen, concludeerde de Raad dat de oorzaak hiervan niet was vastgesteld en adequaat behandeld, wat wel had gemoeten. Klagster had een niet naar behoren functionerend werkstuk gekregen, waardoor eerdere vervanging noodzakelijk was. “De tandarts had in deze dan ook niet gehandeld zoals een redelijk handelend tandarts in een gelijk geval zou hebben gedaan, wat verwijtbaar is”, aldus de Regionale Beoordelingsraad Eindhoven (2004).

dergelijke zaak bij de aangeklaagde liggen. Bij een inspanningsverbintenis ligt die last bij de klager. Overigens geldt wel dat een tandarts ook bij een inspanningsverbintenis “voldoende feitelijke gegevens moet verstrekken ter motivering van zijn betwisting van de stellingen van de patiënt teneinde deze aanknopingspunten voor eventuele bewijslevering te verschaffen” (Hoge Raad der Nederlanden, 1987). Dit kan door bijvoorbeeld het patiëntdossier ter beschikking te stellen.

Het is de vraag of een heel duidelijk verschil tussen beide overeenkomsten aanwijsbaar is. Vaak is er een geleidelijke overgang. Als voorbeeld van een resultaatsverbintenis wordt wel het leggen van de eenvlaksrestauratie genoemd (Kleyn et al, 1979). Iedere tandarts weet dat het aanbrengen van een oclusale restauratie in bijvoorbeeld een eerste premolaar doorgaans een eenvoudig te voorspellen resultaat oplevert. Maar bij een restauratie linguaal in een tweede molaar wordt het resultaat al een stuk minder voorspelbaar. Dit betekent dat soms van een tandarts een bepaald resultaat mag worden verwacht en soms slechts dat hij de inspanning van een redelijk handelende tandarts levert. Vooral bij het vervaardigen van kronen en bruggen mag doorgaans een bepaald resultaat worden verwacht, zoals blijkt uit casus 2, die is behandeld door de Regionale Beoordelingsraad Eindhoven (2004). Hoewel de tandarts vond dat hij genoeg inspanning had geleverd, vond de Raad dat het resultaat te wensen overliet. Kennelijk meende de Raad dat in dit geval het maken van een brug veel trekken van een resultaatsverbintenis had. Overigens betekent de aanname dat een bepaalde behandeling als een resultaatsverbintenis moet worden gezien niet automatisch dat een tandarts bij eventueel falen altijd aansprakelijk is. Wel komt de bewijslast bij hem te liggen. Gaat een kroon erg snel kapot, dan zal een tandarts moeten aantonen dat dit niet aan hem te wijten is. En soms lukt dat, getuige casus 3. Een tandarts maakte een kroon op een gebitselement waarop elders al een zenuwbehandeling was uitgevoerd. Het gebitselement begaf het al snel en de patiënt klaagde de tandarts aan.

Slotbeschouwing

De professionele standaard geeft aan wat van een redelijk bekwame tandarts mag worden verwacht. Doorgaans gaat het om een bepaalde inspanning. Afhankelijk van de voor-

Casus 3

Het Regionale Tuchtcollege overwoog (en het Centrale Tuchtcollege nam dit over): "Het College heeft geen aanwijzingen gevonden dat de tandarts de kroon onjuist heeft geplaatst of bij de beslissing om daartoe over te gaan onvoldoende aandacht heeft besteed aan de toestand van het element. Hij heeft een röntgenfoto gemaakt waarop niets te zien is op grond waarvan bij de tandarts de vraag had moeten opkomen of hij de kroon wel zou kunnen plaatsen. Evenmin is gebleken dat zijn klinisch onderzoek onvoldoende is geweest. Dat de kroon al na vijf maanden los kwam met een gedeelte van het element is opmerkelijk en te betreuren. Het College kan evenwel niet tot de conclusie komen dat de tandarts hiervan een verwijt moet worden gemaakt. De enkele omstandigheid dat de kroon is los gekomen, is daarvoor onvoldoende" (Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 2009).

spelbaarheid van het resultaat zal echter in sommige gevallen ook een bepaald resultaat mogen worden verwacht. Bij de beantwoording van de vraag welke inspanning mag worden verwacht, kunnen richtlijnen een grote rol spelen. In de mondzorg zijn richtlijnen dun gezaaid, waardoor de professionele standaard in een concreet geval grotendeels zal worden ingevuld door uitspraken van tuchtcolleges en klachtencommissies. Bij het maken van richtlijnen is het verstandig rekening te houden met de toegankelijkheid van die richtlijn en met de toegenomen mondigheid van patiënten. Onduidelijkheid over de professionele standaard kan frictie opleveren wanneer een patiënt zeer specifieke wensen heeft en bij intercollegiale verschillen in opinies over de professionele standaard. Op deze onderwerpen zal in een volgende bijdrage worden ingegaan.

Literatuur

- * Asser TMC, Tjong Tjin Tai TFE. Bijzondere overeenkomsten: Opdracht, incl. geneeskundige behandelingsovereenkomst. Deventer: Kluwer, 2009.
- * Brands WG. Juridische aspecten van zelfregulatie in de tandheelkunde. In: Baat, C de, Aps JKM, Brands WG, et al. Het tandheelkundig jaar 2007. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
- * Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie. Blauwdruk patiëntenparticipatie in richtlijnontwikkeling. Leidraad voor richtlijnontwikkelaars en werkgroepleden. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO/Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie, 2009. http://www.cbo.nl/Downloads/1289/Blauwdruk_richtlijnmakers_2009.pdf (geraadpleegd 02-05-2012).
- * Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Beslissing in de zaak onder nummer 2008/150, 10 februari 2009.
- * Beaglehole R, Benzian H, Crail J, Mackay J. The oral health atlas. Mapping a neglected global health issue. Genève: FDI World Dental Federation, 2009.
- * Gezondheidsraad. De mondzorg van morgen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2012.
- * Hoge Raad der Nederlanden. Uitspraak 20 november 1987. Nederlandse Jurisprudentie 1988-500.
- * Hoge Raad der Nederlanden. Uitspraak 9 november 1990. Nederlandse Jurisprudentie 1991-26.

Onderzoek en wetenschap

- * Hoge Raad der Nederlanden. Uitspraak 16 juni 2000. Nederlandse Jurisprudentie 2000-26.
- * Hoge Raad der Nederlanden. Uitspraak 2 maart 2001, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2001; 25. Nummer 2001/16
- * Hoge Raad der Nederlanden. Uitspraak 1 april 2005. Medisch Contact 2005; 19: 812-814.
- * Kleyn WM, Hijma J, Kranenburg TJ. Het karakter van de medische behandelingsovereenkomst. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1979; 147-154.
- * Legemaate J. Goed recht. De betekenis en de gevolgen van het recht voor de praktijk van de hulpverlening. Preadvies uitgebracht ten behoeve van de jaarvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht Utrecht: Vereniging voor Gezondheidsrecht, 1994.
- * Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. Gedragsregels voor tandartsen. Nieuwegein: Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde, 2000.
- * Regieraad Kwaliteit van Zorg. Professionele standaard. Glossarium Kwaliteit van Zorg. [http://glossarium.regieraad.nl/Professionele_standard_\(geraadpleegd_01-05-2012\)](http://glossarium.regieraad.nl/Professionele_standard_(geraadpleegd_01-05-2012)).
- * Regionaal Tuchtcollege Amsterdam, 3 februari 2009, No 07/174T.
- * Regionale Beoordelingsraad Eindhoven, 21 oktober 2004. Nederlands Tandartsenblad 2005: nr. 12.
- * Regionaal Tuchtcollege Zwolle, 17 december 2009, No 247/2008.
- * Stolker CJJM. Aansprakelijkheid van de arts. Deventer: Kluwer, 1988. Academisch proefschrift

Summary**Dentistry and health care legislation 1. Professional standard for oral healthcare delivery**

A dentist should deliver oral healthcare according to the professional standard. This legal determination is not very distinct and ought to be made more specific. Guidelines, protocols, and indicators play an important role in this respect, but are scarce in oral healthcare. Provisionally, judgements of discipline and complaints committees are heavily relied upon. Those judgements indicate what efforts, and in some cases even what results, a patient could have expected from a dentist in the specified conditions.

Bron

W.G. Brands¹, J.M. van der Ven², M.A.J. Eijkman³
 Uit ¹de Tandartsenpraktijk Apeldoornseweg in Vaassen, ²de Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Tandheelkunde (NMT) en ³de afdeling Conserverende en Preventieve tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam
 Datum van acceptatie: 27 juni 2012
 Adres: mr. dr. W.G. Brands, Lange Grafte 33, 7321 ZC Apeldoorn
 wbrands1@kpnmail.nl