

De impact van het straf-, tucht- en civiele recht op de professional in de zorg

JAN VAN DER GAAG & AART HENDRIKS¹

Dames en Heren,

Veel dank dat u mij vandaag uitgenodigd heeft om enige reflecties met u te delen omtrent de toenemende juridisering in de gezondheidszorg.

Misschien mag ik – als juridisch leek – mijn visie op de wet geven, die ik ontleen aan Martin Buber: “De wet is er om het (samen)leven mogelijk te maken, maar het leven is belangrijker dan de wet”.

Wij houden rechts in het verkeer, maar realiseren ons niet dat dat eigenlijk onlogisch is. Het grote merendeel van de mensen is rechtshandig. Daarom houdt de mens van nature “links aan”. Wanneer wij iemand passeren, kunnen wij dan vriendschappelijk onze hand uitsteken ter begroeting, of het zwaard trekken als de ander kwade intenties heeft. Een kwestie van wellevendheid en overleven dus. Waarom dan rechts rijden? Omdat Napoleon dat nodig vond ... de Engelsen hadden immers net het links houden tot wet verheven ;-). Het valt niet te ontkennen: het aantal regels in de zorg neemt toe en er worden vele procedures gevoerd waarbij artsen en andere zorgprofessionals zijn betrokken.

Dit alles heeft onmiskenbaar invloed op het geneeskundig handelen. Wordt de zorg hier ook kwalitatief beter en veiliger van?

Wij menen van niet en pleiten voor een andere benaderingswijze.

Inleiding

Artsen worden opgeleid om mensen (patiënten) te helpen. Dat was zo² en dat zal waarschijnlijk zo blijven. Maar in de opleiding geneeskunde gaat het inmiddels om het aanleren van veel meer rollen, dan alleen het handelen naar medische kennis. Die competenties zal de aankomende arts zich meester moet zien te

maken. De competentie ‘maatschappelijk handelen’ veronderstelt dat de arts handelt volgens de relevante wettelijke bepalingen. Dit ligt ook besloten in de wettelijke eisen van ‘goed hulpverlenerschap’, in het Burgerlijk Wetboek (BW), en van ‘goede zorg’, in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Tegelijkertijd moet een arts altijd handelen volgens de *professionele standaard*. Die standaard veronderstelt meestal dat wet- en regelgeving worden nageleefd, maar noopt soms tot afwijking – bijvoorbeeld in het geval van een medische exceptie, een uitzonderlijke situatie waarin het handelen moet plaatsvinden zonder dat de patiënt in staat is voorgelicht te worden, laat staan instemmen. Een arts die, bijvoorbeeld, in geval van nood een been amputeert en dit zorgvuldig doet, hoeft – gelukkig – geen strafrechtelijke procedure te vrezen.

Het is mede vanwege de, voor artsen en andere zorgprofessionals soms ingewikkelde, relaties tussen geneeskunde en recht dat in de artsopleiding tegenwoordig wordt stilgestaan bij de juridische aspecten van de beroepsuitoefening.

Volgens het Raamplan Artsenopleiding 2009 heeft de afgestudeerde arts “kennis van en inzicht in de belangrijkste juridische aspecten van de gezondheidszorg”.³ Dat maakt de arts nog geen jurist. En dat lijkt soms te worden vergeten, gelet op het toenemend aantal regels in de zorg en de hoeveelheid straf-, tucht- en civielrechtelijke procedures.

In het navolgende staan wij stil bij de impact van de juridisering op de zorg en de gevolgen voor het beroepsmatig handelen. Wij doen tot slot enkele voorstellen over hoe het misschien anders kan.

Juridisering van de beroepsuitoefening

Lange tijd heeft de wetgever zich niet of nauwelijks ingelaten met de uitoefening van de geneeskunst. De wijze waarop medische en paramedische beroepen worden uitgeoefend werd, tot voor enkele decennia, geacht een vrijwel exclusieve aangelegenheid van de beroepsgroepen zelf te zijn. Het zijn immers de beroepsgroepen, die op basis van medisch-wetenschappelijk

¹ Prof. dr. R.J. van der Gaag is ex-voorzitter Artsenfederatie KNMG en hoogleraar Psychiatrie aan het Psychiatrisch Universitair Centrum, Radboud Universiteit Nijmegen. Prof. mr. A.C. Hendriks is hoogleraar Gezondheidsrecht aan de Faculteit Rechtsgeleerdheid, Instituut voor Publiekrecht, Staats- en Bestuursrecht, Universiteit Leiden.

² Zie reeds de Eed van Hippocrates van ongeveer 400 jaar voor het begin van de jaartelling.

³ Raamplan Artsenopleiding 2009, Utrecht: NFU 2009, p. 69.

onderzoek en praktijkervaring, bepalen wat goede zorg is. Deze beroepsnorm wordt veelal de *professionele standaard* genoemd.⁴ Deze standaard is nadrukkelijk niet bedoeld als keurslijf, maar geeft de beroepsbeoefenaar wel een richtlijn die in beginsel in acht moet worden genomen.⁵ Gemotiveerd afwijken mag⁶ en is, mits zorgvuldig met argumenten gedocumenteerd, volgens de rechtspraak van de Hoge Raad soms zelfs verplicht.⁷

Toch heeft de wetgever het op gezette tijden nodig geacht wetten aan te nemen ter regulering van de beroepsuitoefening. Aanvankelijk ging het, mede op initiatief van de academisch gevormde artsen verenigd in de *Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst*, om wetten die bepaalden wie “de genees-, heel- en verloskunst” mochten uitoefenen,⁸ over het toezicht op de beroepsuitoefening⁹ en de verplichting voor de academisch opgeleide arts om tegenover de examencommissie de eed of belofte af te leggen.¹⁰ Ook hadden we in Nederland reeds in 1841 een Krankzinnigenwet, de voorloper van de huidige Wet BOPZ.

Maar allengs kwamen er, geleidelijk aan, meer wetten, waaronder een tuchtwet¹¹ die op alle artsen en enkele andere beroepsgroepen van toepassing was.

De gezondheidswetgeving nam pas echt een vlucht (ruim) na de Tweede Wereldoorlog.¹² Als reactie op de gebeurtenissen die in die jaren hadden plaatsgevonden – onder andere sterilisatiepraktijken, medische experimenten en euthanasieprogramma's met bepaalde bevolkings- en patiëntengroepen en de codificatie van de rechten van de mens op internationaal niveau – werd de behoefte gevoeld in Nederland wetgeving te introduceren over de rechten van de patiënt.

De belangrijkste wet in dezen is zonder meer de opname van een afdeling in het BW over de *geneeskundige behandelingsovereen-*

komst.¹³ *Gezondheidsjuristen* spreken steevast over de WGBO, terwijl die wet volgens *civilisten* gewoon onderdeel uitmaakt van het BW en ook als zodanig moet worden gezien en uitgelegd. Hoe het ook zij, bijzonder aan deze wet is onder meer dat *de rechten van de patiënt als verplichtingen voor de hulpverlener* zijn geformuleerd. De hulpverlener kan bovendien nooit ten nadele van de patiënt van deze verplichtingen afwijken (art. 7:468 BW). Of te wel, ook al zegt de patiënt “u hoeft over mij geen dossier bij te houden”, dan nog geldt er voor hulpverleners een dossierplicht (art. 7:455 BW). Diezelfde hulpverlener moet tegelijkertijd weten dat de patiënt recht heeft op inzage, een afschrift en op vernietiging van het gehele of delen van het dossier (art. 7:455-7:466 BW). Bovendien, maar daarvoor moet de hulpverlener naar een andere wet kijken, moet de hulpverlener toestaan dat de patiënt zijn dossier corrigeert (art. 35 Wbp).

Alleen al over de juiste toepassing van de zogeheten WGBO, al dan niet in samenhang met andere wetten, ontvangt de KNMG jaarlijks duizenden vragen van artsen.

Maar inmiddels bevatten veel meer wetten regels, met name verplichtingen, voor artsen en andere professionals. Gedacht kan worden aan de wetten over medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen,¹⁴ orgaandonatie¹⁵ en verplichte keuringen voor werk en verzekeringen.¹⁶

Daarnaast kwamen er kwaliteits- en beroepswetten,¹⁷ een klachtwet voor patiënten,¹⁸ een nieuwe wet voor de opname van psychiatrische patiënten, de reeds genoemde Wet BOPZ.¹⁹ Aldus ontstond er een lappendeken aan wetten, die regels stelden aan de wijze waarop zorgprofessionals hun vak uitoefenen, en regels die soms niet met elkaar verenigbaar zijn. Maar gelukkig biedt *de haast sacrale norm van het goed hulpverlenerschap* vaak uitkomst om datgene te doen wat in de optiek van de meesten volstrekt logisch en rechtvaardig is.

Artsen worden aldus niet alleen geconfronteerd met een grote hoeveelheid wetten, maar ook met wetten die regelmatig veranderen.

Neem de *nieuwe kwaliteitswet Wkkgz*: zorgaanbieders moeten op grond hiervan de patiënt sinds 1 januari 2016 desgevraagd informeren over de zorg die de zorgaanbieder aanbiedt, de kwaliteit daarvan, de tarieven en de ervaringen van andere patiënten (art. 10 lid 1 Wkkgz). Maar hoever moet je daarmee gaan als zorgaanbieder? En moet je dan ook kijken naar de polis van de

4 De wettelijke definitie van professionele standaard luidt thans: ‘richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te leveren’ (art.1 lid 1 Wkkgz).

5 CTG 3 september 2007, nr. 2006/121, MC 2007, p. 1998 en CTG 27 mei 2014, nr. C2013/079, ECLI:NL:TGZCTG:2014:218.

6 HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377, NJ 2001, 649 (m.nt. F.C.B. van Wijmen & J.B.M. Vranken); CTG 9 maart 2010, nr. 2009/122, GJ 2010, 56, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0206.

7 HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, NJ 2006, 377 (m.nt. H.J. Snijder & F.C.B. van Wijmen).

8 De Wet uitoefening geneeskunst (1865): “... alleen geoorloofd aan degenen, aan wie de bevoegdheid daartoe bij wet is toegekend.”

9 Wet inzake het geneeskundig Staatstoezicht (1865).

10 Wet houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersbediende (1878).

11 Medische Tuchtwet (1928).

12 Uitvoerder A.C. Hendriks, ‘Gezondheidsrecht’, in: J. Gerards & C. Sieburgh, *De invloed van fundamentele rechten op het materiële recht*, Deventer: Kluwer 2013, p. 237-264.

13 Boek 7, Titel 7, Afdeling 5 van het BW (1992).

14 Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (1998).

15 Wet op de orgaandonatie (1996).

16 Wet op de medische keuringen (1997).

17 De Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) en de Wet BIG (1993).

18 Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1995).

19 De reeds genoemde Wet BOPZ (1992).

patiënt, van dit alles notitie maken in het dossier, de patiënt in contact brengen met andere patiënten of schend je dan juist weer de privacy van die andere patiënten? Bovendien krijgen zorgprofessionals met diverse toezichthouders en handhavers te maken, die zich niet altijd bewust zijn van de professionele en wettelijke verplichtingen van zorgprofessionals.

Het beroepsgeheim en het verschoningsrecht zorgen regelmatig voor wrijving in de relatie tot anderen. Daarbij kan worden gedacht aan de politie of rechtbanken die informatie opvragen bij behandelend artsen, toezichthouders als de IGZ of de NZa die inzage willen in dossiers, de belastingdienst die informatie opvraagt, het tuchtcollege of het Joegoslavië-tribunaal dat verzoekt om een dossier, etc. Die verzoeken gaan soms gepaard met de nodige drang of rechtstreekse bedreiging van boetes en vrijheidsontnemende maatregelen. *Altijd meewerken aan die verzoeken brengt de arts soms in grote problemen.* Want hoe logisch of onlogisch ook, in de meeste situaties geldt dat een dossier alleen met toestemming van de patiënt mag worden doorgegeven. En volgens de richtlijnen van de beroepsgroep mag uitsluitend relevante informatie worden verstrekt op basis van een gerichte vraag.

Wat is de impact van juridisering en lange procedures

De juridisering van de zorg maakt professionals onzeker. Dat komt niet in de laatste plaats omdat veel nieuwe regels zijn ingegeven door wantrouwen jegens de goede bedoelingen van zorgprofessionals. Afgaand op mediaberichten en geluiden uit de Kamer zijn *strengere regels nodig* omdat zorgprofessionals anders ongestraft fouten zouden maken, mistappen naar de patiënten toe zouden verzwijgen, te hoge tarieven in rekening zouden brengen, zouden disfunctioneren, de patiënt niet goed zouden informeren etc. Zorgprofessionals zouden zich ook schuldig maken aan onnodige behandelingen, het onderhouden van banden met farmaceuten etc. Maar professionals zouden ook bepaalde patiëntengroepen niet willen behandelen omdat ze te oud zijn (leeftijdscriminatie!).

Veel professionals hebben de indruk dat ze moeten *koorddans*. Zo zijn artsen verklaard tegenstander van kindermishandeling en huiselijk geweld. Maar als artsen alle vermoedens gaan melden bij Veilig Thuis, dan moet het budget van Veilig Thuis fors omhoog, maar dreigen artsen het vertrouwen van patiënten en gezinnen kwijt te raken. Die laatste bedenken zich vervolgens wel een paar keer voordat zij bepaalde informatie delen met een zorgprofessional. *En helaas weten wij maar al te goed dat kind en gezin na het doen van een melding en bemoeienis door Jeugdzorg er niet altijd beter van worden.* De loyaliteit van kinderen naar hun ouders is heel sterk, en prevaleert in de praktijk boven een rein

geweten van de meldende professional. *Zo bleek mij toen ik een melding maakte van kindermishandeling in een gezin in een Utrechtse achterstandswijk. De melding leidde tot onmiddellijk ingrijpen en het kind werd uit huis geplaatst in een warm pleeggezin in het Vechtdal nabij Ommen. De volgende dag werd ik gebeld omdat het jongetje van negen verdwenen was. Na twee dagen dook hij weer op ... bij zijn ouders!*

Onzekerheid als gevolg van regels kan leiden tot 'defensieve geneeskunde': de wetenschap dat een ontevreden patiënt een (tucht)klacht kan indienen of een andere procedure tegen je kan beginnen, maakt de verleiding groot maar in te stemmen met bepaalde verzoeken. Een verwijzing naar de medisch specialist of MRI, ook al is dat volgens de professionele standaard niet nodig? Als je daar als arts gewoon mee instemt en niet begint over de kosten, heb je een tevreden patiënt, geen klacht en misschien een positieve beoordeling op Zorgkaart.nl.

'Defensieve geneeskunde' zien we ook bij verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding. Hoewel het altijd aan de arts is of hij medewerking aan zo'n verzoek kan verenigen met zijn geweten en beroepsopvatting, zien we dat sommige artsen die medewerking bij voorbaat weigeren uit vrees voor de juridische nasleep, met een kans op vervolging door het Openbaar Ministerie. Hoewel het risico daarop wordt gelogenstraft door de cijfers, ervaren artsen de toetsing door de regionale toetsingsprocedures (RTE's) als belastend, zeker als de arts wordt opgeroepen voor de RTE en het soms een jaar duurt voordat de verlossende brief komt waarin staat dat de arts zorgvuldig had gehandeld. Die arts bedenkt zich een volgende keer wel drie keer of hij nogmaals instemt met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding.

Ook anderszins hebben zorgprofessionals veel last van de – in hun optiek – *lange procedures* en tijd die IGZ en OM nodig hebben om te beslissen of er een procedure wordt gestart. Deze onzekerheid heeft een negatieve invloed op de motivatie, kan het functioneren nadelig beïnvloeden en heeft erin geresulteerd dat sommige professionals hun werkzaamheden, en soms hun leven, hebben beëindigd. Natuurlijk ligt hier ook een taak voor de beroepsgroep en de beroepsorganisaties om elkaar ondersteuning te bieden. En daar waar ernstige fouten zijn gemaakt, moet een betrokkene zich in rechte verantwoorden.

Maar waarom duren die procedures toch zo lang? De wachttijden in de zorg zijn in vergelijking hiermee niets. En waarom niet een regelmatige update over de stand van zaken? Waarom niet een vast aanspreekpersoon? Als zorgprofessionals op deze wijze zouden werken, zou daar terecht schande over worden geroepen.

Het wantrouwen waarop veel nieuwe regels zijn gestoeld lijkt bovendien uit te gaan van kwade opzet.

Hoe moeten wij anders maatregelen duiden om een door de tuchtrechter opgelegde berisping in een regionale krant, onder vermelding van volledige naam van de hulpverlener en de 'aard van het vergrijp', te publiceren?²⁰

Ook de IGZ is afgelopen jaren plots veel meer tuchtklachten gaan indienen tegen zorgprofessionals: een verdubbeling in de afgelopen tien jaar (van zes in 2006 naar 32 in 2014). Patiënten kunnen bovendien klachten tegen zorgprofessionals indienen bij het *Landelijk meldpunt zorg*, die alle klachten op naam van de betrokken zorgverlener doorgeeft aan de IGZ, door wie die gegevens, wederom op naam van de zorgverlener, worden bewaard, zonder dat de betrokkene daar weet van heeft. In sommige voormalige Oost-Europese landen had men van zo'n systeem niet kunnen dromen. Daarmee wordt helaas en bovenal het beeld versterkt dat de IGZ primair een op *handhaving en punitieve maatregelen gerichte toezichthouder* is, die weinig belangstelling heeft voor het bevorderen van de gezondheidszorg door een open en eerlijke dialoog met zorgverleners aan te gaan.

Wat zou dan het alternatief kunnen zijn?

Overal waar gewerkt wordt, vallen spaanders. En, om nog een andere veel gebruikte uitdrukking in stelling te brengen: in iedere beroepsgroep bevinden zich *rotte appels*. Daar waar *juridisch ingrijpen geboden is, moet daarvan niet worden afgezien*. Maar dit alles betekent nog niet dat de beroepsgroep van zorgprofessionals als geheel niet deugt. Integendeel.

De bereidheid om het beter te doen, als individu en als groep, is in onze ervaring gelukkig groot. Ook zijn er tal van initiatieven ter bevordering van het goed functioneren en het tegengaan van disfunctioneren. Bij dergelijke maatregelen moet, naast de periodieke registratie van beroepsbeoefenaren, onder andere worden gedacht aan het voeren van functioneringsgesprekken, intervisie, assessments van individuen en teams, visitaties, accreditaties etc. Termen die u, in uw beroepsgroepen niet onbekend voor zullen komen!

Deze en andere initiatieven zijn er ter waarborging van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en het vertrouwen van de patiënt in de kwaliteit van de zorgverlening. Maar deze initiatieven doen ook recht aan het oude adagium: *voorkomen is beter dan genezen*. En het is met name dit punt dat wij onder uw aandacht willen brengen.

De afgelopen jaren hebben toezichthouders en gerechtelijke instanties steeds meer bevoegdheden gekregen om *repressieve maatregelen* te nemen tegen zorgprofessionals die huns inziens in de fout waren gegaan. Zoals gezegd, de procedure als zodanig en de negatieve publiciteit die daarmee soms gepaard gaat, hebben voor de betrokkene al vaak een 'chilling' effect. Maar denkt u ook eens na over de maatschappelijke schade. De opleiding van een zorgprofessional kost de maatschappij gemiddeld meer dan € 1 miljoen per specialist-arts.

Alleen al om die reden is het de moeite waard om het accent te verschuiven van repressie naar preventieve maatregelen. Of te wel, voorkomen dat iemand gaat disfunctioneren en fouten gaat maken, door vroegtijdig in te grijpen. Vandaar ook de initiatieven vanuit de beroepsgroepen, *waarbij aangetekend dat er op termijn een fors tekort aan zorgprofessionals dreigt te ontstaan*.

Daarnaast is een omslag wenselijk naar een *just culture*, of te wel een rechtvaardige cultuur. James Reason, de geestelijk vader van *just culture*,²¹ benadrukte het belang van *het met elkaar delen, van belangrijke informatie met betrekking tot veiligheid zonder angst voor negatieve repercussies*. Zo leren mensen steeds weer waar de grens ligt tussen acceptabel en onacceptabel gedrag. En van het elkaar eerlijk aanspreken op gedrag is ook nooit iemand slechter geworden.

De mate waarin iemand verantwoordelijk wordt gehouden voor een ongewenste uitkomst (fout gegaan) wordt in een rechtvaardige cultuur gebaseerd op het gedrag, niet op de ernst van de uitkomst. Daarmee onderscheidt de rechtvaardige cultuur zich van de wijze waarop wij in het dagelijks leven oordelen: *we nemen iemand immers een fout ernstiger kwalijk naarmate dat tot meer schade heeft geleid*. Anders gezegd, over een grote fout met weinig schade maken we ons niet zo druk. Vanuit de *just culture*-gedachte moeten we elkaar bovenal wijzen op het gedrag waardoor een incident is opgetreden, bijvoorbeeld gebrekkige controle of het te laat verschijnen op de operatiekamer, dan de handeling zelf. De nadruk komt aldus te liggen op het sturen op ('verbeteren van') gedrag in plaats van het sturen op ('bestrafen van') ongewenste uitkomsten. Het leer effect van belonen van gewenst gedrag is ons uit de opvoeding bekend als effectiever dan straffen van ongewenst gedrag!

Vanuit dezelfde gedachte van rechtvaardige cultuur is de Australische hoogleraar Sidney Dekker zelfs uitermate negatief over het voor de rechter brengen van een professional die een fout heeft begaan: "Het kost geld, dat nuttig besteed had kunnen worden om de veiligheid te verhogen. Het is contraproductief: *veiligheid is juist gebaat bij onthullen zonder juridische dreiging*."

20 *Stb.* 2012, 269.

21 J. Reason, *A roadmap to a just culture. Enhancing the safety environment*, 2014.

En het is vaak oneerlijk: de mogelijkheid dat een behandeling een slechte uitkomst heeft, zit gebakken in het werk dat we artsen vragen te doen. Hoe iets in de behandeling kan verglijden van normaal tot misdadig is een extreem lastige inschatting. Een juridisch systeem mist hiervoor meestal ook de expertise. De beslissing om een arts te vervolgen blijkt nogal willekeurig en artsen ervaren dit als onrechtvaardig.” Zelf doet Sidney Dekker, in hetzelfde nummer van *Medisch Contact*, een concrete suggestie om meer te kunnen leren van een procedure in plaats van het enkel bestraffen van iets dat mis is gegaan: “Wat ik zou willen is dat je er omheen gaat staan en tegen degene die voor de tuchtrechter staat, zegt: ‘Wat vind jij nou voor jezelf een passende straf?’ Dan denk ik dat je al heel gauw een antwoord krijgt dat is gericht op leren en verbeteren. Zo iemand zegt bijvoorbeeld: ‘Ik vind een goede straf dat ik eerstejaars studenten hierover vertel in mijn vrije tijd.’”²²

Om soortgelijke redenen zijn inmiddels diverse landen overgegaan tot een ander systeem van medische aansprakelijkheid. In plaats van dat de patiënt moet bewijzen dat zijn hulpverlener een verwijtbare fout heeft gemaakt en als gevolg daarvan de patiënt schade heeft geleden, kunnen benadeelden van een geneeskundige behandeling *een beroep doen op een door de overheid, verzekeraars of zorgprofessionals gefinancierd fonds*, zonder dat de relatie tussen patiënt en zorgprofessionals jarenlang belast wordt door een juridische procedure. Een dergelijk systeem staat bekend onder de naam *no fault* en is juist bedoeld om, via een eerlijk gesprek tussen patiënt en professional, te leren van dingen die niet goed zijn gegaan, en om lange en voor iedereen belastende procedures te voorkomen.²³

22 E. Nyst, ‘Sidney Dekker: “Medische fout criminaliseren schaadt veiligheid”’, *Medisch Contact* 2016, p. 14-16.

23 Zie o.a. J.L. Smeehuijzen, A.J. Akkermans & T. Vansweevelt, *Ontwikkelingen rond het medisch aansprakelijkheidsrecht. Preadvis Vereniging voor Gezondheidsrecht 2013*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2013.

Conclusies

Samenvattend zijn wij van mening dat juridisering en procedures effectief kunnen zijn om bepaalde misstanden, waaronder disfunctionerende professionals, aan te kunnen pakken.

De prijs die we daarvoor met elkaar betalen is echter hoog en maakt van artsen halve (en slechte) juristen. Wellicht nog belangrijker dan de publieke gelden die gaan zitten in toezicht, handhaving en rechtspraak, zijn de gemiste kansen om bij te dragen aan de kwaliteit en veiligheid van zorg. Een punitief klimaat en eindeloos lange procedures hebben zeer negatieve gevolgen voor de betrokkenen en hun omgeving, en dragen geenszins bij aan kwaliteitsverbetering.

Indien we echt werk willen maken van nog meer kwaliteit en veiligheid, dan moeten we serieus werk maken van een ‘just’ culture, een cultuur waarin we elkaar kunnen aanspreken op gedrag zonder direct negatieve repercussies te hoeven vrezen. Wat dat betreft is er nog een weg te gaan.

Tegelijkertijd mogen we niet vergeten dat de Nederlandse gezondheidszorg door patiënten jaar in, jaar uit als beste in heel Europa wordt gewaardeerd.²⁴

Dat is geen reden om achterover te leunen, maar geeft ook wel te denken over de gevoelde noodzaak om na ieder incident een nieuwe wet te introduceren en ons af te vragen waarom het OM of de IGZ niet terstond maatregelen hebben genomen (en dan liefst niet zonder dat van elkaar te weten).

24 Euro Health Consumer Index (EHCI) 2014, <http://www.healthpowerhouse.com/> > International indexes.