

Wat een huisarts een gezin kan aandoen

Motivatie

Deze casus illustreert hoe de huisarts een rol kan hebben bij urgenties waar gespecialiseerde medische zorg uiteindelijk toch nodig is. Hij toont eveneens aan hoe ver een huisarts kan vervreemden van de gangbare medische praktijk en toch leven in de overtuiging dat hij goede medische zorg levert. Dit voorval was voor mij de aanzet om te denken en te lezen over medische fouten, de mogelijkheden en beperkingen in het afleveren van goede gezondheidszorg en hoe artsen hierin kunnen geholpen worden.

Aandachtspunten

1. Cruciale gegevens in een anamnese worden niet steeds 'zomaar' gegeven. Een arts moet weten waarnaar hij op zoek is.
2. Belang voeling te houden met de gangbare medische praktijk en zijn gedrag steeds in vraag te stellen en te evalueren.
3. Wat is een medische fout? Wat zijn de medisch rechtelijke, burgerrechtelijke en tuchtrechtelijke visies en gevolgen?
4. Hoe kan de kwaliteit van zorg van een arts geëvalueerd worden? Hoe kan de individuele arts ervoor zorgen dat hij een zo goed mogelijke kwaliteit aflevert?

Wat een huisarts een gezin kan aandoen

Casus

David is een 11 jarige jongen uit een Engelstalig gezin. Ik werkte amper een week als huisarts in opleiding in België toen de vader met hem op consultatie kwam. Eerder die dag was hij versuft in de toiletten van de school terug gevonden. De huisarts van wacht was naar de school geroepen en had weinig specifiek kunnen vaststellen. Zijn parameters waren stabiel, hij zag er wat bleek uit en wist zelf niet wat er precies gebeurd was. De vader werd verwittigd. Hij besliste, na een telefonisch gesprek met zijn zoon, na het werk nog eens bij de eigen huisarts langs te gaan. Zo kwam David met het weinig interessante gegevens bevattende verwijsbriefje bij mij terecht.

David was niet zeer spraakzaam en ik vroeg de vader of dit zijn gewone houding was en of hij verder nog andere zaken had opgemerkt die niet bij Davids normale manier van doen pasten. De vader vertelde me dat hij hem wat afwezig vond maar kon verder ook niet zeggen wat er nu precies scheelde. Enkele dagen voordien was hij beginnen hoesten. Ze waren hiervoor 2 dagen geleden naar een andere huisarts gegaan die David druppels tegen de hoest voorgeschreven had.

Op dat moment tijdens mijn anamnese begonnen Davids ogen weg te draaien en hield hij beide armen en benen in een verkrampde houding. Alhoewel ik nog nooit getuige geweest was van een dergelijk gebeuren, wist ik meteen dat dit een epilepsie-aanval was. Een seconde stond ik verstomd omdat ik dit helemaal niet verwachtte. Ik vertelde de vader rustig wat ik zag en dacht en vroeg hem of David dit al eerder gedaan had en of er epilepsie in de familie voorkwam. Op beide vragen antwoordde de vader ontkennend. Ik legde de vader uit dat dit waarschijnlijk enkele minuten zou duren maar dat er weinig was wat we op dit moment konden doen dan het te laten gebeuren. De eerste minuten waren akelig omdat David op een bepaald moment stopte met ademen maar hij bleef bewust. Dit duurde gelukkig niet lang. Hierna probeerde ik met David te spreken. Hij kon niet spreken maar ik kon wel met hem communiceren. Hij antwoordde op mijn vragen door met zijn oogleden te knipperen. Hij had geen pijn maar vond het een heel benauwde situatie en begon te huilen tijdens zijn tonische crisis.

Ik twijfelde of ik de 100 zou bellen. Eenzijds dacht ik dat de crisis wel voorbij zou gaan en ze dan zelf naar het ziekenhuis zouden kunnen gaan voor verdere onderzoeken. Moest zijn crisis blijven duren anderzijds, zou ik hem zelf nog een ampul valium rectaal kunnen opspuiten om de crisis te stoppen. Gezien de ongewone situatie dacht ik dat het beter zou zijn onmiddellijk verdere medische hulp in te schakelen. Dit bleek later de juiste beslissing... De ambulance was snel ter plaatse maar Davids crisis was toen ook al voorbij en hij kon zelf naar de ambulance wandelen. Toen dacht ik dat de ambulance helemaal niet nodig geweest was. Toen David het gebouw uitwandelde, kwam als overmaat van ramp mijn praktijkopleider het gebouw binnen! Ik legde hem het hele gebeuren uit. Hij vond dit hele gebeuren uiterst verdacht en belde de moeder op. Zij vertelde dat de 'hoestdruppeltjes' die de andere huisarts had voorgeschreven, haldoldruppels waren. We gingen de neveneffecten van haldol na in de wetenschappelijke bijsluiters. Hierin vonden we dat de dosis waarbij tekenen van overdosering voorkomen, individueel zeer sterk verschillend is. Bij kinderen kan een dosis van 0,020mg/kg al tekenen van overdosering uitlokken. Dit zijn voornamelijk hypotensie, **oculogyrische crisissen**, speekselvloed, **spierrigiditeit**, acathisie (onvermogen stil te zitten), akinesie (afwezigheid van beweging), neiging tot slaap, shock en coma, ventriculaire aritmieën en verlenging van het QT-interval. Voor ons was het duidelijk wat de oorzaak van de epilepsie-aanval was... Ik lichtte de behandelende arts in het ziekenhuis in. Hij was ondertussen in alle staten. David was terug zijn tonische aanval met oculogyrische crisis beginnen vertonen op weg naar het ziekenhuis en was er sindsdien niet meer uitgekomen. Men had hem ondertussen al een dosis valium en een dosis depakine gegeven zonder veel resultaat. De overdosis haldol verklaarde het hele gebeuren. Met

ponalide IV en akineton IM is David uit zijn status epilepticus gekomen. De hoestdruppels werd niet meer gegeven en David heeft ook geen aanvallen meer gedaan. Mijn PO informeerde de collega over het gebeuren. Hij was heel verbaasd en vertelde dat hij reeds jaren haldoldruppels gebruikt zonder ooit een probleem gehad te hebben.

Mijn vragen en problemen bij deze casus

1. Is de reactie op de haldoldruppels bij deze jongen toevallig en een niet te voorkomen of te voorspellen reactie (idiosyncratische reactie) of een dosisafhankelijke reactie?
2. Wat is de taak van de huisarts bij medische urgenties? Heeft de aanwezigheid van de huisarts een meerwaarde?
3. Wat kunnen we als arts doen tegen de wanpraktijken van een collega? Wat kunnen we als huisartsen ondernemen om als beroepsgroep een zo'n optimaal mogelijke kwaliteit te leveren?

Antwoorden

1. **Is de reactie op de haldoldruppels bij deze jongen toevallig en een niet te voorkomen of te voorspellen reactie (idiosyncratische reactie) of een dosisafhankelijke reactie?**

De wetenschappelijke bijsluiter leert ons dat de dosis neuroleptica waarbij tekenen van overdosering voorkomen, individueel zeer sterk verschillend is. Bij kinderen kan een dosis haldol van 0,020mg/kg al tekens van overdosering uitlokken. Er wordt niet gesproken over idiosyncratische reacties. De behandeling van overdosering is voornamelijk gesteund op het geven van anticholinergica. Men kan eventueel een maagspoeling uitvoeren, actieve kool toedienen of braakreacties uitlokken. Dit zou in dit geval echter onmogelijk geweest zijn gezien de convulsieve crisis van David.

In de wetenschappelijke bijsluiter wordt niet gesproken over een mogelijke indicatie bij hoest. Ik belde Janssen-Cilag, de producent van het product in België, om wat meer te weten te komen ivm deze mogelijke nieuwe indicatie, de nevenwerkingen en ook om dit specifieke geval te melden. Ook zij hadden nog nooit van deze indicatie gehoord...

1. **Wat is de taak van de huisarts bij medische urgenties? Heeft de aanwezigheid van de huisarts een meerwaarde?**

Urgenties zijn een terrein waar de huisarts steeds meer en meer veld verliest. Deze casus is echter een mooie illustratie van de uiterst nuttige rol die de huisarts kan hebben bij urgenties. De huisarts kan uitleg verschaffen aan beide partijen maar ook een baken van rust en vertrouwen zijn naar de patiënt toe tijdens het impressionante en verwarrende gebeuren van een MUG interventie. De huisarts kan ook de bemiddelaar zijn ivm het ziekenhuis waarnaar de patiënt gebracht wordt.

Het feit dat we als huisarts op de hoogte gesteld werden van de haldoldruppels en onze communicatie met de behandelende arts in het ziekenhuis heeft alle partijen veel verder leed bespaard. Ik ben er van overtuigd dat er vaak nog een taak voor de huisarts weggelegd is bij urgenties.

2. **Wat kunnen we als arts doen tegen de ondeskundig handelen van een collega? Wat kunnen we als huisartsen ondernemen om als beroepsgroep een zo'n optimaal mogelijke kwaliteit te leveren?**

Ten eerste de collega inlichten en meer informatie vragen. Misschien is er wel iets fout gelopen en was het helemaal niet de bedoeling dat David haldol kreeg,... Hij bleek haldol

wel vaker als hoestremmend middelje voor te schrijven en had ondervonden dat dit goed werkte en had hiermee nog nooit problemen gehad...

Kunnen we dan over een medische fout spreken? Aangezien haldol geen onschuldig middelje is en het insult dat het hier veroorzaakt heeft toch wel zeer ernstig is, zal iedereen het erover eens zijn dat het in geen geval mag aangewend worden voor zo iets banaals als een hoest.

Het **medisch rechtelijk standpunt ivm medische fouten**: Opdat de arts burgerrechtelijk aansprakelijk zou kunnen worden gesteld voor zijn handelen moeten er 3 voorwaarden vervuld zijn: er moet een fout gebeurd zijn waardoor de patiënt materiële, immateriële of morele schade geleden heeft én er moet een oorzakelijk verband zijn tussen fout en schade.

A. Eerst voorwaarde: een fout. *'Een arts dient te handelen volgens de geldende medisch-professionele standaard dwz volgens de heersende medisch-wetenschappelijke inzichten. Vervolgens dient hij de rechten van de patiënt en andere maatschappelijke regelingen te eerbiedigen. Indien hij deze verplichtingen niet nakomt, handelt de arts in beginsel foutief.'* Het is aan de patiënt om de fout van de arts aan te tonen.

Handelen volgens de medisch-professionele standaard houdt in dat de arts dient te **handelen zoals een zorgvuldige arts van dezelfde categorie, geplaatst in de omstandigheden van het concrete geval zou hebben dienen te handelen**. Niet de gebruikelijke medische praktijk is bepalend maar wel hoe een zorgvuldige arts, gelet op de stand van de medische wetenschap, zou hebben dienen te handelen. Volgens de Belgische rechtsleer heeft de rechtbank het laatste woord en wordt het zorgvuldig handelen niet bepaald door de beroepsgroep. Dit neemt niet weg dat **in vele gevallen** de vereiste zorgvuldigheid zal overeenstemmen met de **gebruikelijke praktijk**. De naleving van een onder artsen levend gebruik is een eerste aanwijzing dat zorgvuldig werd gehandeld maar sluit de mogelijkheid van een fout niet volledig uit. De gebruiken die leven in een beroepsgroep worden geëxpliciteerd in **richtlijnen, standaarden en protocollen**. Zo'n richtlijn kan juridische betekenis krijgen als richtsnoer vooraf maar vooral als maatstaf voor toetsing door een rechter achteraf. Net zomin als het handelen volgens de professionele gebruiken de arts vrijwaart van aansprakelijkheid, garandeert het handelen volgens de richtlijn immuniteit. Beargumenteerde afwijken van een richtlijn behoort steeds tot de mogelijkheden. Het uitblijven van resultaat schept geen vermoeden van onzorgvuldig handelen. De arts heeft nl **geen resultaatsverbintenis maar een inspanningsverbintenis**. (hierop bestaan wel enkele uitzonderingen)

B. Tweede voorwaarde: schade: *'Schade wordt gedefinieerd als het resultaat van de vergelijking van twee toestanden: de huidige toestand waarin de patiënt verkeert als gevolg van het foutief handelen en de hypothetische toestand waarin hij zou hebben verkeerd indien de fout zich niet zou hebben voorgedaan. Schade kan materiële schade zijn (vermogensverlies en gederfde winst) of immateriële of morele schade zijn (pijn, smart en enig ander moreel leed). Opdat schade in aanmerking zou komen voor vergoeding moet zij persoonlijk zijn, voldoende zeker en voortvloeien uit de krenking van een rechtmatig belang.'*

C. Derde voorwaarde: oorzakelijk verband tussen fout en schade: *'In het Belgisch recht wordt beroep gedaan op de **equivalentietheorie**. Dit houdt in dat iedere fout zonder dewelke de schade zoals ze zich voordeed niet zou hebben voorgedaan, als oorzaak wordt beschouwd.'* Wanneer de patiënt lichamelijke schade lijdt tengevolge van een inherent risico verbonden aan een medische handeling zal hij moeten aantonen dat, als hij over dat risico was geïnformeerd, hij de ingreep zou hebben geweigerd. Er bestaat nl een oorzakelijk verband tussen het niet informeren en het verlies van een kans.

Het burgerrechtelijk standpunt: In het Belgisch rechtssysteem wordt van oudsher aangenomen dat er een identiteit bestaat tussen de burgerrechtelijke fout en de strafrechtelijke fout. De arts die onzorgvuldig handelt en daardoor lichamelijke schade berokkent aan zijn patiënt maakt zich tevens schuldig aan het misdrijf '**onopzettelijk toebrengen van slagen of verwondingen.**'

Het medisch tuchtrecht (orde der geneesheren): Een arts moet ingeschreven zijn op de lijst van de **orde der geneesheren** van de provincie waar hij zijn voornaamste medische bedrijvigheid heeft. Hierdoor valt hij onder het gezag en de rechtsmacht van die orde wat zich voornamelijk uit in de **tuchtrechtelijke bevoegdheid van de provinciale raad**. De raad dient te waken over het naleven van de regelen van de medische plichtenleer en over de handhaving van de eer, de bescheidenheid en waardigheid van de op de lijst ingeschreven artsen. De provinciale raad treedt ofwel **ambtshalve** op (= op eigen initiatief), ofwel **op verzoek** van de nationale raad, minister van volksgezondheid, procureur des Konings of een provinciale geneeskundige commissie of **op klacht** van een arts of een derde (patiënt, ziekenhuis, RIZIV etc)

Zittingen gebeuren met gesloten deuren, beslissingen worden genomen met een meerderheid van stemmen (behalve bij schrappen van de lijst of schorsing van het recht de geneeskunde uit te oefenen voor langer dan 1 jaar moet minstens 2/3 meerderheid van stemmen bereikt zijn). Er kan in beroep gegaan worden tegen de beslissing door de arts in kwestie, de juridische bijzitter van de provinciale raad en de voorzitter van de nationale raad.

Mogelijke tuchtsancties zijn: waarschuwing, censuur, berisping, schorsing in het recht de geneeskunde uit te oefenen gedurende een termijn van maximaal 2 jaar en schrapping van de lijst van de orde. De klager wordt niet op de hoogte gebracht van het gevolg dat aan zijn klacht wordt gegeven omdat de leden van de raden door het beroepsgeheim gebonden zijn. De tuchtrechtspraak van de orde der geneesheren wordt niet op een systematische manier gepubliceerd. Het is daarom onmogelijk besluiten te trekken ivm de aard van de klachten en de sancties. Deze geheimdoenerij rond medische tuchtrechtspraak is niet van aard het vertrouwen van de bevolking en in het bijzonder van de patiënten te versterken. Het laat ook niet toe lessen te trekken uit bepaalde zaken noch vergelijkingen te maken met het buitenland.

Evaluatie van medische praktijk en onderhouden van de professionele bekwaamheid.

Artikel 35 undecies van het wetboek medisch recht geeft sinds september 1999 de bevoegdheid aan de koning regels en modaliteiten te bepalen inzake de evaluatie, onder andere via een systeem van 'peer review' (evaluatie door gelijken) van de praktijk en het onderhouden van de professionele bekwaming van de individuele beoefenaars van de geneeskunde. De koning duidt eveneens de structuren aan die dit begeleiden of organiseren en bepaalt de algemene regels van de werking ervan. In concreto gaat het hier om de afdeling artsen van de Hoge Raad voor de Gezondheidsberoepen en de stuurgroep accreditering opgericht bij het RIZIV.

Evaluatie van praktijk en professionele bekwaming wordt momenteel bekomen via het verzamelen van voldoende accrediterings-punten en de verplichte deelname aan LOK-vergaderingen. Er is echter weinig controle op de kwaliteit van bijscholingen en LOK-vergaderingen. Ziet men immers niet vaak dat men op zo'n bijeenkomsten tevreden is met een expert opinion maar dat de vraag of wat verteld wordt wel behoort tot de EBM, niet gesteld wordt.

Nagaan hoe men zich bijschoolt is één manier om te weten te komen of we bezig zijn met goede geneeskunde. Een andere en misschien wel veel belangrijkere manier, is nagaan wat de kwaliteit is van de afgeleverde geneeskunde, de 'performance' van de arts.

Immers indien uitkomst niet gecontroleerd wordt, zal enkel via grove medische fouten aan het licht komen dat we eigenlijk verkeerd bezig zijn...

Het grote probleem is dat er geen evenredig verband bestaat tussen de 'competence' van een arts (wat hij in theorie weet en kent) en de 'performance' van een arts (wat hij daadwerkelijk doet). De performance wordt door zoveel verschillende contextuele, structurele en individuele factoren beïnvloedt dat een systeem ontwikkelen waarin daadwerkelijk geëvalueerd wordt wat een arts uiteindelijk presteert geen sinecure is.

Avedis Donabedian, de meest invloedrijke denker totnogtoe op het vlak van kwaliteit van gezondheidszorg, zegt hier het volgende over:

1. Ten eerste moeten we definiëren wat het exacte terrein van verantwoordelijkheid alsook het niveau van verantwoordelijkheid van de arts is. Zonder deze specifieke afbakening is een evaluatie onmogelijk.

Zijn we verantwoordelijk voor het behandelen van ziektes of voor het voorkomen ervan? Met andere woorden zijn we **verantwoordelijk voor ziekte of gezondheid?** En **hoe definiëren we gezondheid?** Fysiek, mentaal en sociaal welzijn van elk individu? (definitie van de WHO).

Voor wie zijn we verantwoordelijk? Wie zijn onze patiënten? Onze eerste verantwoordelijkheid zal bij de individuele patiënt liggen maar tegelijkertijd zijn we ook verantwoordelijk voor een groep patiënten. Ons klinisch oordeel moet een hiërarchie maken in de relatieve prioriteiten onder onze patiënten. Hierdoor worden we belangrijke verdelers van de inkomsten in de gezondheidszorg

2. Ten tweede moeten we bepalen wat we precies gaan evalueren.

Na een interventie van de arts zal de situatie van de patiënt veranderd zijn. We mogen dit echter niet enkel interpreteren en evalueren in de zin van fysieke verandering. Ook de arts-patiënt relatie, de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, de continuïteit van zorg etc spelen een belangrijke rol in de kwaliteit van de geleverde zorg.

3. Ten derde moet men rekening houden met de middelen en de structuur die eveneens de uitkomst beïnvloeden.

Wat zijn de middelen die ons ter beschikking gesteld worden om te komen tot het doel dat nagestreefd wordt? Dit houdt het beschikbare budget in dat de arts kan besteden aan de individuele patiënt maar ook aan de groep waarvoor hij verantwoordelijk gesteld wordt, de tijd die de arts kan besteden aan de individuele patiënt, de toegang tot de 2^e lijn, de praktische organisatie van de wacht, de mate waarin de patiënt een inbreng wil hebben in het beslissingsproces etc

Evaluatie van de performance van een arts zal dus niet enkel rekening mogen houden met de uitkomst maar evenzeer met de structuur die de arts aangeboden wordt om het doel te bereiken. Dit maakt duidelijk dat het huidige systeem van accreditering niet als maatstaf kan en mag gebruikt worden om te beslissen of een arts al dan niet bekwaam is zijn beroep uit te oefenen.

Hoe kunnen we de kwaliteit van zorg verbeteren? Een mogelijke benadering gebaseerd op het voorgaande.

Ten eerste: bepalen wat goed medisch handelen is.

We kunnen dit doen via het uitschrijven van **standaarden en richtlijnen**. Zoals reeds eerder gezegd betekent dit niet dat we ons louter en alleen maar aan deze richtlijnen moeten houden, ze zijn enkel een richtsnoer voor goede praktijkvoering. Het doel van richtlijnen is ons te helpen bij het nemen van beslissingen, het uiteindelijke resultaat te verbeteren en ongepast klinisch gedrag te reduceren.

Mogelijke voordelen voor patiënten van richtlijnen zijn:

- mogelijk betere uitkomst en in alle geval consistente medische zorg

- kunnen meer geïnformeerde gezondheidskeuzes maken
- kan gelijke zorgen voor iedereen bevorderen

Mogelijke voordelen voor de artsen:

- betere kwaliteit van klinische beslissingen
- duidelijkheid wat nu wel en geen effect heeft
- kan hiaten in kennis aantonen
- beklemtonen de nood aan kritische herevaluatie van het medisch handelen

Voordelen voor de gezondheidszorg:

- grotere efficiëntie
- betere prijs/kwaliteitsverhouding

Mogelijke nadelen voor patiënten:

- Guidelines kunnen verkeerd of achterhaald zijn
- Wat goed is voor patiënten in het algemeen is daarom niet het beste voor deze patiënt in het bijzonder, standaarden houden geen rekening met de specifieke voorkeur van de patiënt en ethiek
- Ze kunnen het publiek een verkeerde indruk geven over de relatieve belangrijkheid en efficiëntie van behandeling

Mogelijke nadelen voor artsen:

- Slechte richtlijnen kunnen de kwaliteit van zorg negatief beïnvloeden
- Tijdrovend
- Tegenstrijdige richtlijnen van verschillende professionele instanties
- Reduceren de complexiteit van zorg tot simpele algoritmes
- Kunnen gebruikt worden in rechtzaken tegen artsen

Mogelijke nadelen voor de gezondheidszorg:

- Kunnen uitmonden in het opsouperen van de budgetten voor gezondheidszorg

Om al die redenen is het belangrijk na te gaan of de richtlijn relevant is, voldoende bewijs geeft over voordelen, risico's en kosten van alternatieve beslissingen. Bovendien moet de richtlijn gebruiksvriendelijk zijn.

Het ontwikkelen van een goede richtlijn betekent daarom nog niet dat ze door de artsen zal toegepast worden. De belangrijkste factor hiervoor is het gevoel van de **arts 'mede-eigenaar' te zijn van de ideeën achter de richtlijn**. Hiertoe kunnen verantwoordelijke artsen op lokaal niveau de richtlijnen uitzetten, ze eventueel aanpassen per regio om beter het lokale beleid te weerspiegelen etc. Het is evenzeer belangrijk dat de resultaten voor en na het introduceren van de richtlijn vergeleken worden en dat de uitkomst hiervan doorspeeld wordt naar de lokale verantwoordelijke.

Het is in alle geval in verschillende RCTs en meta-analyses aangetoond dat een dergelijke aanpak de kwaliteit van zorg verbetert en dat het opstellen van richtlijnen en ervoor zorgen dat ze op lokaal niveau toegepast worden, geen tijd- en geldverspilling is⁶⁻⁷.

Ten tweede: de veiligheid van de patiënt staat voorop.

We moeten met zijn **allen leren uit zaken die verkeerd gegaan zijn**. Een open cultuur waarin het rapporteren van dergelijke feiten (desnoods anoniem) gestimuleerd wordt, moet daarin de eerste stap zijn. Naast het meldingssysteem zou er dan ook een systeem moeten komen dat deze gegevens verwerkt en ze als bruikbare informatie teruggeeft aan de artsen. Momenteel leren we allen individueel uit onze eigen fouten maar zou de gezondheidszorg er niet op vooruitgaan moesten we die belangrijke informatie ook doorgeven aan elkaar? Zien we trouwens ook niet vaak dat patiënten die een klacht indienen, niet uit zijn op geld of de goede naam van de arts maar gewoon een excuus willen en de verzekering dat er alles aan gedaan zal worden om zo'n gebeurtenissen in de toekomst te vermijden.

Ten derde: met zijn allen werken aan een continue professionele ontwikkeling.

Om ervoor te zorgen dat we allen een zo goed mogelijke kwaliteit van zorg verstrekken, zullen we moeten zien te bepalen waar onze zwaktes zitten. Het weze ook duidelijk dat

niet enkel puur medische topics aan bod mogen komen, maar dat algemene attitude, sociale vaardigheden en beheer van de praktijk eveneens aan bod moeten komen. Onze tekortkomingen ontdekken, kan op verschillende manieren. Bv

- PUNs en DENs (patient unmet needs, doctors educational needs, 'Learning with PUNs and DENs' Richard Eve 1994)
- praktijkprojecten
- bekijken van de verwijzingen van de laatste X maand
- een dagboek van de consultatie bijhouden gedurende bepaalde tijd
- consultaties opnemen op video
- informele evaluatie van vrienden, collega's, familie

Bepalen welke leerstijl het best bij ons past (ex cathedra, zelfstudie in boeken, discussies met anderen etc)

Heel concrete objectieven formuleren samen met een termijn binnen dewelke men hoopt zijn doelstellingen verwezenlijkt te hebben.

In de UK is men nu al zover dat jaarlijks een peer review plaatsvindt tussen 2 collega's (die zelf voor elkaar gekozen hebben). Daaraan heeft men sinds kort ook vijfjaarlijkse 'revalidation' toegevoegd. Hier wordt nagegaan, onder andere op basis van de jaarlijkse evaluaties door de collega('s), maar ook op basis van klachten, voorschrijfgedrag, doorverwijsgedrag, het al dan niet bereiken van National Service Framework doelstelling etc, of de licentie van de arts om de geneeskunde uit te oefenen voor een volgende vijf jaar terug kan hernieuwd worden.

Misschien kunnen wij overwegen ook in die richting te werken om optimale kwaliteit na te streven.

Bronnen

1. **Wetboek medisch recht**, zesde druk, bewerkt door Prof Herman Nys (niet officiële coördinatie van de wetgeving in het medisch recht), uitgeverij Maklu
2. **Code van de Geneeskundige Plichtenleer** door de Nationale Raad van de Orde van de Geneesheren
3. **Compendium 2003** door de Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie
4. NB Medical Education: '**Hot topics for the MCGP**'
5. '**Do clinical guidelines introduced with practice-based education improve care in asthmatic and diabetic patients? A RCT in general practice in east London**', BJGP by Hackney et al.
6. '**The effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations**', Grimshaw, Lancet 342, 1317-22, 27 nov 1993
7. '**Evaluating physician competence**' Avedis Donabedian, Bulletin of the World Health Organisation, 2000, 78 (6), www.who.int/bulletin/pdf/2000/issue6/bu0753.pdf.