

Nieuwsbrief GZR Updates - Nummer 07, 2015

Nummer 7, 2015

Redactie: mr. dr. R.P. Wijne, mr. L. Beij, mr. drs. R.M. Bertens, mr. J.W. Bosman, mr. M. Christe, mr. A.C. de Die, mr. M.A. Goldschmidt, mr. J.F. Groen, mr. N.A.D. Groot, mr. I.W. Hanemaaijer, mr. M.M. Hofstee, mr. A. Jagt, mr. J.M. Janson, mr. drs. C. van der Kolk, mr. X.R. van der Kruk-Ras, mr. I.J. de Laat, mr. E. Lam, mr. M. Martin, mr. A.M. De Nijs, mr. C. Pluijgers, mr. T.R. Riemersma, mr. A. Rube, mr. D. Schuurman, mr. S. Snelder, mr. C. Velink, mr. C.W.M. Verberne, mr. H.B.M. Vrieling, mr. J.M. de Vries, mr. D. van der Wal en mr. K.S. Waldron.

INHOUDSOPGAVE

Hof

[Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, ECLI:NL:GHARL:2015:2169](#) 24-03-2015

[Gerechtshof 's-Hertogenbosch, ECLI:NL:GHSHE:2015:933](#) 17-03-2015

X/Academisch Ziekenhuis Maastricht

Rechtbank

[Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2014:6831](#) 26-02-2014

Viva la Vida/Achmea c.s.

College van Beroep voor het bedrijfsleven

[College van Beroep voor het bedrijfsleven, ECLI:NL:CBB:2015:43](#) 05-03-2015

NMT, VvO/NZa

Tuchtcolleges

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle,](#)

[ECLI:NL:TGZRZWO:2015:34](#) 27-03-2015

IGZ/X

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven,](#)

[ECLI:NL:TGZREIN:2015:25](#) 25-03-2015

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven,](#)

[ECLI:NL:TGZREIN:2015:26](#) 25-03-2015

IGZ/X

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage,](#)

[ECLI:NL:TGZRSGR:2015:39](#) 24-03-2015

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2015:101](#) 24-03-2015

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2015:102](#) 24-03-2015

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage, ECLI:NL:TGZRSGR:2015:38](#) 24-03-2015

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2015:103](#) 24-03-2015

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:32](#) 20-03-2015

IGZ/X

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2015:91](#) 19-03-2015

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2015:96](#) 19-03-2015

X/IGZ

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2015:97](#) 19-03-2015

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage, ECLI:NL:TGZRSGR:2015:31](#) 17-03-2015

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, ECLI:NL:TGZRAMS:2015:25](#) 17-03-2015

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage, ECLI:NL:TGZRSGR:2015:33](#) 17-03-2015

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage, ECLI:NL:TGZRSGR:2015:32](#) 17-03-2015

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Groningen, ECLI:NL:TGZRGRO:2015:19](#) 17-03-2015

X/Y

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage,
ECLI:NL:TGZRSGR:2015:34 17-03-2015

X/Y

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage,
ECLI:NL:TGZRSGR:2015:30 17-03-2015

X/Y

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2015:84 12-
03-2015

X/Y

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven,
ECLI:NL:TGZREIN:2015:2 12-01-2015

IGZ/X

Annotatie

Faillissement doet goodwill voor vrijgevestigde medisch specialisten
verdampen.

mr. C.W.M. Verberne

ANNOTATIE

Faillissement doet goodwill voor vrijgevestigde medisch specialisten verdampen.***mr. C.W.M. Verberne***

In het Ruwaard van Puttenziekenhuis waren twee oogartsen al ruim twintig jaar als vrijgevestigde specialisten toegelaten. In de toelatingsovereenkomsten van de medisch specialisten met het ziekenhuis stond expliciet vermeld dat zij recht hadden op goodwill verbonden aan de praktijk. Nadat de rechtbank aanvankelijk twee stille bewindvoerders had benoemd, volgt op enig moment het faillissement van het ziekenhuis. De curatoren bereiken overeenstemming over een doorstart van het ziekenhuis. De toelatingsovereenkomsten met de oogartsen worden echter niet overgenomen. Zij werken nog een korte periode op grond van een arbeidsovereenkomst en die wordt niet verlengd. De specialisten blijven met lege handen achter en beginnen een procedure tegen de doorstarter en de stakeholders (een aantal omringende ziekenhuizen en oogheeskundige maatschappen).

De oogartsen vorderen betaling van de opgebouwde goodwill alsmede voor een van hen een aanvullende schadevergoeding en voor de ander een voortgezet dienstverband dan wel vervangende schadevergoeding. De rechtbank wijst de vordering echter op alle aangevoerde juridische gronden af.

Tekortkoming in de nakoming?

Als eerste komt aan de orde een tekortkoming in de nakoming van de doorstarter. De specialisten stellen dat de toelatingsovereenkomsten zijn overgegaan op de doorstarter, hetzij op grond van de overeenkomst, hetzij als kwalitatief recht. Om te kunnen concluderen dat de toelatingsovereenkomsten zijn overgegaan moet er sprake zijn van zowel instemming van de artsen als aanbod en aanvaarding op dit punt neergelegd in een overeenkomst. Daar was volgens de rechtbank geen sprake van.

De specialisten stellen voorts dat sprake is van een situatie waarin een gehele onderneming overgenomen is en dat het ondenkbaar is dat zij daar niet bij zitten. De rechtbank deelt ook dit standpunt niet. Ook al is sprake van min of meer overname van een gehele onderneming, dan

nog kan die doorstart gestalte krijgen door middel van een overeenkomst tot koop en verkoop van activa. De toelatingsovereenkomsten hadden daarin moeten worden genoemd. Bovendien blijkt uit de feiten juist het tegenovergestelde, aldus de rechtbank. Aanvankelijk hebben de artsen hun werkzaamheden voortgezet op basis van een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd. Hieruit volgt reeds dat de toelatingsovereenkomsten niet zijn overgenomen. Ook staat vast dat ze salaris hebben ontvangen en geen honorarium meer hebben gedeclareerd bij zorgverzekeraars of patiënten. Al deze feiten wijzen er volgens de rechtbank op dat de werkzaamheden niet langer zijn verricht op grond van de toelatingsovereenkomst. De artsen mochten er ook niet op vertrouwen dat hun overeenkomst onderdeel was van de overnameovereenkomst; integendeel. Van kwalitatieve rechten is volgens de rechtbank geen sprake, nog daargelaten dat de doorstarter de overgang daarvan niet heeft geaccepteerd. Alle juridische kunstgrepen ten spijt blijft de rechtbank van mening dat er geen toelatingsovereenkomsten tussen de specialisten en de doorstarter tot stand zijn gekomen.

Onrechtmatige daad?

Volgens de specialisten handelen de doorstarter en de stakeholders onrechtmatig en in strijd met de Mededingingswet. Zij hebben bij het vormgeven van de doorstart onvoldoende acht geslagen op de gerechtvaardigde belangen van de specialisten. De doorstarter heeft zich een economische machtspositie verworven en die misbruikt. Ook met deze grondslag is de rechtbank snel klaar. Het stond de doorstartende partij volgens de rechtbank vrij de specialisten wel of niet een overeenkomst aan te bieden. Een partij die bereid is onderdelen van een failliete onderneming over te nemen is niet verplicht alles over te nemen. De doorstarter is hier vrij in. Dat betekent dat de beslissing om de toelatingsovereenkomsten niet over te nemen in beginsel niet kan leiden tot het oordeel dat dit onzorgvuldig is. Contractspartijen van de failliet hebben slechts aanspraken jegens de boedel. Dat de curatoren de toelatingsovereenkomsten niet gestand hebben willen doen, gaat de doorstarter en de stakeholders niet aan. Tegen deze achtergrond is niet van belang dat de specialisten twee keer aan de doorstarter een toelatingsovereenkomst hebben gevraagd. Er was geen verplichting voor de doorstarter om met de specialisten een overeenkomst te sluiten, of de oogheekkundige praktijk nu wel of niet in het profiel van de doorstarter paste. Dat is niet anders voor de beslissing om de arbeidsovereenkomsten niet te verlengen. Die eindigden van rechtswege en er waren geen verwachtingen gewekt dat die zouden worden verlengd. Dat daar geen reden voor is gemeld, is vervelend maar maakt het niet voortzetten niet onrechtmatig. De co-vakgroepen zagen geen heil in een vruchtbare samenwerking. Nu er geen juridische verplichting was, mocht deze reden worden gebruikt om de overeenkomsten niet te verlengen. Daarnaast voeren de specialisten aan dat er tegen hen is samengespannen en tijdens de mondelinge behandeling in deze procedure namen de specialisten zelfs het woord diefstal in

de mond. De rechtbank overweegt dat de rechten voortvloeiend uit de toelatingsovereenkomsten alleen te gelde kunnen worden gemaakt jegens het failliete ziekenhuis en niet jegens de doorstarter. De doorstarter heeft niet met opzet op een faillissement aangestuurd. Daarnaast stond het de specialisten vrij om hun praktijk elders voort te zetten. Hierin zijn zij niet belemmerd door ziekenhuis en/of doorstarter. De specialisten voerden aan dat de zorgverzekeraar dat zou hebben geblokkeerd. Ook dat argument verwerpt de rechtbank. Als de zorgverzekeraar dat al heeft geblokkeerd, valt dit buiten deze procedure aangezien deze geen partij is. Ook de verwijten richting Mededingingswet treffen geen doel, alleen al omdat die onvoldoende onderbouwd zijn, ook al was daar door de wederpartij op gewezen. Van onrechtmatig handelen is dus geen sprake.

Ongerechtvaardigde verrijking?

Als derde juridisch anker wordt door de specialisten opgeworpen dat de doorstarter en de stakeholders ongerechtvaardigd zijn verrijkt, omdat zij de praktijk hebben overgenomen en daardoor profiteren van de door de specialisten opgebouwde goodwill zonder daarvoor te hebben betaald. De rechtbank overweegt dat de goodwill samenhangt met de toelatingsovereenkomst met het ziekenhuis. Door het faillissement is deze goodwill waardeloos geworden. Het failliete ziekenhuis kan de toelatingsovereenkomsten immers niet meer nakomen. De schade van de specialisten is dus een gevolg van het faillissement. Als anderen daarvan profiteren is dat niet ongerechtvaardigd. Derden mogen nu eenmaal profiteren van het faillissement van een concurrent. Het faillissement is de rechtvaardiging voor de verrijking van de anderen. Ook deze vordering wordt aldus door de rechtbank afgewezen. De specialisten worden in de kosten van de procedure veroordeeld.

Conclusie

Ook al hebben de specialisten ruim twintig jaar in het ziekenhuis gewerkt, als er een faillissement komt worden zij net zo behandeld als ieder ander. Ook al heb je als medisch specialist een contract, dan wil dat nog niet zeggen dat dit overgaat op de doorstarter. Daar is juridisch niets tegen in te brengen en het oordeel van de rechtbank is op dat punt volledig correct. Ook een medisch specialist zal met de doorstarter moeten onderhandelen over contractsovername. Lukt dat niet, dan kan hij dat niet afdwingen. Door de lengte van de periode waarin op grond van een arbeidsovereenkomst was gewerkt hadden de specialisten al kunnen of moeten weten dat ze zonder opgebouwde rechten eventuele onderhandelingen over voortzetten van de toelatingsovereenkomst moesten starten. Die onderhandelingen zijn er nooit gekomen. Dat een en ander zuur aanvoelt, is invoelbaar. Rekende je op goodwill van een overnemend specialist of van overnemend ziekenhuis, een faillissement doorkruist dit volledig. Ook allerlei bedachte juridische kwalificaties als onrechtmatig handelen en

ongerechtvaardigd verrijken, ja zelfs diefstal, baten hier niet. De medisch specialisten worden behandeld als ieder ander die een overeenkomst met de failliet heeft en dat is uit oogpunt van het faillissementsrecht, maar vooral vanuit oogpunt van gelijkheid van schuldeisers rechtvaardig.

Het blijft natuurlijk wel pijnlijk dat een medisch specialist door een faillissement van het ziekenhuis waar hij aan verbonden is de mogelijkheid goodwill voor zijn praktijk te ontvangen verloren ziet gaan terwijl hij vakbroeders uit de omgeving zonder enige betaling hun praktijk in de schoot geworpen ziet krijgen. Dat dient echter opgelost te worden door middel van de rechtsfiguur van de ongerechtvaardigde verrijking en daar heeft de rechtbank een duidelijk oordeel over gegeven. De rechtbank vindt het profiteren door de stakeholders niet onrechtvaardig. Ook al zou aan de voorwaarden van een verrijking aan de ene kant en een verarming aan de andere kant zijn voldaan, daar voldoende verband tussen bestaan, dan nog moet dit ongerechtvaardigd zijn hetgeen inhoudt dat er geen redelijke grond voor aanwezig is. Uitwerking van dit criterium is door de wetgever uitdrukkelijk aan de rechter overgelaten. Deze rechtbank vindt van niet. De rechtbank ziet in het faillissement de rechtvaardiging van de verrijking. Derden mogen profiteren van een faillissement als dus de rechtbank en bijzondere omstandigheden die dit anders maken zijn onvoldoende gesteld of gebleken. Wellicht dat een hogere rechter daar ook nog een oordeel over geeft, en dat deze dan wel bijzondere omstandigheden vaststelt.

RECHTSPRAAK

Na een procedure tussen Achmea en haar verzekerde omtrent een premieachterstand en een factuur van het Wilhelmina Ziekenhuis is verzekerde door het Wilhelmina Ziekenhuis, Achmea en enkele van hun werknemers wegens op weblogs en Twitter geplaatste onrechtmatig geachte berichten in kort geding betrokken. De voorzieningenrechter wees op straffe van een dwangsom de vordering tot het verwijderen van de internet-uitingen en het verbod in de toekomst vergelijkbare uitingen te plaatsen toe. De uitingen houden aan. In hoger beroep wijzigen geïntimeerden bij memorie van antwoord hun eis en vorderen zij tevens lijfswang. Het hof staat de eiswijziging toe en merkt deze aan als grief, zodat incidenteel appel is ingesteld. De gevorderde lijfswang wordt toegewezen.

Achmea heeft appellant in verband met een premieachterstand gedagvaard voor het kantongerecht. In het kader van deze procedure is tevens de vraag aan de orde of appellant het bedrag van de factuur van het Wilhelmina Ziekenhuis van € 122,13 voor een geneeskundige behandeling van appellant verschuldigd is en of Achmea dit bedrag met de no-claim van appellant had mogen verreken. Appellant betwist in het Wilhelmina Ziekenhuis te zijn behandeld in de betreffende periode. De kantonrechter overweegt dat het, gelet op de strenge privacyregeling, op de weg van appellant lag om aan te tonen dat het ziekenhuis de factuur ten onrechte aan Achmea heeft gezonden. Achmea moest in de gegeven omstandigheden van de juistheid van de nota uitgaan en was naar het oordeel van de kantonrechter gerechtigd om de factuur bij appellant in rekening te brengen en te verrekenen met de no-claim. Appellant is niet tegen het vonnis in hoger beroep gegaan, maar heeft vervolgens diverse uitingen betreffende Achmea, het Wilhelmina Ziekenhuis en hun werknemers (hierna: Achmea c.s.) op weblogs en Twitter geplaatst. Aan sommatie van Achmea c.s. de blogs en internetpublicaties te verwijderen en verwijderd te houden geeft appellant geen gevolg, waarop Achmea c.s. appellant in kort geding betrekken.

Met inachtneming van alle bijzonderheden van het geval weegt de voorzieningenrechter het recht van appellant op vrijheid van meningsuiting af tegen het recht van Achmea c.s. op bescherming van de eer en goede naam. Ook in het geval veronderstellenderwijs wordt aangenomen dat de inhoud van de blogs en Twitterberichten op feiten is gebaseerd en in die zin als rechtmatig is aan te merken, acht de voorzieningenrechter de blogs en Twitterberichten voorshands buitenproportioneel, beledigend en bedreigend. Volgens de voorzieningenrechter bevatten de op internet geplaatste blogs en Twitterberichten zo veel grievend taalgebruik en zijn die blogs zo doorspekt met beledigende, bedreigende en buitenproportionele kwalificaties jegens Achmea c.s. dat deze blogs naar het (voorlopig) oordeel van de voorzieningenrechter in hun geheel als onrechtmatig zijn aan te merken. De voorzieningenrechter verwerpt het verweer van appellant dat voor (een deel van) de weblogs niet vaststaat dat die van hem afkomstig zijn. Appellant heeft volgens de voorzieningenrechter nagelaten voor die stelling bewijs aan te dragen. Op straffe van een dwangsom van € 1000 per dag met een maximum van € 20.000 gebiedt de voorzieningenrechter appellant om alle gepubliceerde blogs en andere uitingen op internet met betrekking of in relatie tot Achmea c.s. te verwijderen en verwijderd te houden, verbiedt de voorzieningenrechter appellant om in de toekomst vergelijkbare uitingen op internet of via enig ander openbaar medium te doen en veroordeelt de voorzieningenrechter appellant om de bekende zoekmachines te verzoeken alle zoekresultaten, inclusief het cachegeheugen, van het internet te verwijderen en verwijderd te houden.

In hoger beroep bestrijdt appellant de rechtsoverwegingen waarin ervan uit wordt gegaan dat hij degene is die de berichten op internet heeft geplaatst. Naar het oordeel van het hof is in het kader van het kort geding voldoende aannemelijk geworden dat appellant de uitlatingen heeft geplaatst. De enkel door appellant geuite stelling dat een ander de uitlatingen heeft geplaatst is in dit licht onvoldoende. De tweede grief van appellant is gericht tegen de veroordeling dat appellant zich heeft te onthouden van het doen van vergelijkbare uitingen. Het hof overweegt dat deze tweede grief uitgaat van een onjuiste lezing van het bestreden vonnis. Het vonnis bevat geen algemeen verbod aan appellant om in de toekomst op internet of enig ander openbaar medium zich over Achmea c.s. uit te laten, maar geeft een specifiek verbod, inhoudende dat hij over Achmea c.s. op het internet of enig ander openbaar medium geen vergelijkbare uitlatingen heeft te doen als hij tot dusver over Achmea c.s. heeft gedaan. Slotsom is dat de twee door appellant aangedragen grieven niet slagen, zodat het bestreden vonnis is bekrachtigd.

Bij memorie van antwoord hebben Achmea c.s. op grond van artikel 130 lid 1 Rv jo. artikel 353 lid 1 Rv hun eis gewijzigd en aangevuld. Zij vorderen in hoger beroep tevens aan appellant lijfswang op de voet van artikel 585 sub a Rv voor de maximale duur van drie maanden op te

leggen voor het geval hij niet aan een van de veroordelingen voldoet. Appellant heeft tegen de bij memorie van antwoord gedane eiswijziging geen bezwaar gemaakt, terwijl de eiswijziging het hof niet ontoelaatbaar voorkomt. Een vermeerdering van eis is aan te merken als een grief, zodat ervan dient te worden uitgegaan dat Achmea c.s. incidenteel hoger beroep hebben ingesteld. Nu in dit hoger beroep voldoende aannemelijk is geworden dat dwangsommen geen afdoende dwangmiddel zijn om appellant te bewegen zich overeenkomstig de bij rechterlijke uitspraak opgelegde verbod, gebod en veroordeling te gedragen – na het kort geding-vonniss heeft appellant nog steeds vergelijkbare blogs en Twitterberichten over Achmea c.s. op internet geplaatst – en Achmea c.s. vanwege de diffamerende aard van de uitlatingen een gerechtvaardigd belang hebben bij onverkorte naleving van hetgeen waartoe de gerechtelijke uitspraak appellant verplicht, zal het hof aan appellant het dwangmiddel van lijfswang opleggen. Het hof gunt appellant nog een redelijke termijn van drie weken om aan het bevel, verbod en de veroordeling te voldoen. Als de lijfswang wordt toegepast, acht het hof appellant nog in staat aan het bevel, verbod en de veroordeling uitvoering te geven. Wat de uitlatingen op internet nu precies waren vertelt het verhaal niet.

mr. C.W.M. Verberne

Instantie: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden

Datum uitspraak: 24-03-2015

ECLI: ECLI:NL:GHARL:2015:2169

Zaaknummer: 200.117.605-1

Advocaten: M.G. Doornbos en M. Kool

Wetsartikelen: 6:162 BW en 130 RV

RECHTSPRAAK

IGZ/X

Klacht van de IGZ tegen vaatchirurg betreffende het ernstig tekortschieten in zijn professionele verantwoordelijkheden voor de kwaliteit van de door hem geleverde zorg. Ontzegging van bevoegdheid heilkundige handelingen te verrichten bij herinschrijving in BIG-register.

Verweerder heeft in 1986 in Nederland zijn artsexamen behaald. Verweerder was van 1987 tot 1993 in E (in Nederland) in opleiding tot chirurg met een vervolg (tevens) tot vaatchirurg in F (buiten Europa) van 1993 tot 1997. Verweerder bezit geen origineel van zijn chirurgisch diploma. Hij is enige tijd medisch adviseur geweest. Van 2000 tot 2006 heeft verweerder als huisarts in G (in een Europees land) gewerkt. Van 2007 tot 2010 heeft verweerder in verschillende ziekenhuizen in H (in een ander Europees land) gewerkt in opleiding tot vaatchirurg, waarvan hij geen oorkonde heeft. Verweerder is in Nederland als chirurg geregistreerd op grond van een 'Urkunde Facharzt für Chirurgie', uitgegeven op 28 augustus 2010 door de I in H. Verweerder heeft via de uitzendorganisatie J van 1 april 2011 tot en met 30 maart 2012 als chirurg in het K in B (verder het ziekenhuis) gewerkt. Verweerder heeft bij zijn sollicitatie in het ziekenhuis verklaard dat hij zich bekwaam achtte tot het verrichten van vaatchirurgische ingrepen, ook in acute situaties. Daarbij was mondeling afgesproken dat verweerder zich voor back-up voor acute vaatchirurgie tijdens de avond, nacht- en weekenddiensten in de samenwerkende ziekenhuizen kon wenden tot C als gecertificeerd vaatchirurg. Op de afdeling chirurgie van het ziekenhuis werkten toentertijd vijf chirurgen, waarvan één (C) met de deelspecialisatie vaatchirurgie. Het ziekenhuis had op dat moment het Vaatkeurmerk van de Hart- en Vaatgroep, waarbij verweerder telde als tweede vaatchirurg. Op zondag 4 maart 2012 had verweerder dienst. Op de afdeling spoedeisende hulp werd om 15.00 uur patiënt 1 gepresenteerd met buikpijn rechts onder in de buik/flank, incontinent voor urine, erg zweten, grauw zien en een tensie van 109/67. Toen die dag dienstdoende arts-assistent /huisarts in opleiding patiënt 1 zag, ging het beter met hem. De tensie was 101/74, 112/89. De arts-assistent heeft patiënt 1 onderzocht en op eigen initiatief een echo van de buik laten maken. De radioloog, die de echo had beoordeeld, adviseerde de arts-assistent een CT-

scan te laten maken. De arts-assistent heeft dit laten doen zonder overleg met verweerder. Uit de CT-scan bleek duidelijk dat er sprake was van een geruptureerd aneurysma aortae abdominalis (rAAA). Om 17.15 uur werd verweerder voor het eerst door de arts-assistent gebeld. Verweerder ging direct naar het ziekenhuis. Verweerder besloot dat een spoedoperatie noodzakelijk was. De operatie heeft van 17.30 tot 21.00 uur geduurd. Het openen van de buik verliep normaal. Het zetten van de klem op de aorta duurde ongeveer een half uur waardoor de anesthesist moeite had om de patiënt op tensie te houden. Hierna waren er geen anesthesiologische problemen meer. Na het openen van de buik bleek verweerder dat er sprake was van een aneurysma tot op de bifurcatie van de aorta. Verweerder heeft een broekprothese aangelegd en deze beiderzijds *end to end* op de arteria femoralis superficialis aangesloten. De arteria femoralis communis en de profunda femoris werden beiderzijds geligeerd. Na de operatie ging het niet goed met patiënt 1. De anesthesist had in de nacht telefonisch overleg met verweerder. Besloten werd om niet weer te opereren maar eerst de stolling, die slecht was, op orde te krijgen. Dit leek aanvankelijk succesvol. Iets voor 07.00 uur belde de anesthesist weer naar verweerder om te vertellen dat het niet goed ging met patiënt 1 en dat een heroperatie noodzakelijk leek. Omdat verweerder niet aan de lijn kwam, sprak hij een bericht in. Rond 08.00 uur werd de anesthesist teruggebeld door de vaatchirurg C die reageerde naar aanleiding van een door verweerder ingesproken bericht met de melding dat er een nabloeding was na een rAAA-operatie. De heroperatie door C op 5 maart 2012 duurde van 08.30 tot 13.45 uur. Bij de ingreep bleek het C dat het peritoneum niet was gesloten, de prothese in de vrije buikholte lag, rechtstreeks op de darmen en dat de prothese niet op de volgens C juiste wijze was aangesloten. C zag zich genoodzaakt diverse 'herstelwerkzaamheden' uit te voeren, zoals het plaatsen van een nieuwe broekprothese, resectie van het sigmoid en het aanleggen van een eindstandig colostoma. Kort na afloop van de heroperatie heeft C bij de directeur van het ziekenhuis melding gemaakt van de in zijn perceptie ernstig onjuist uitgevoerde operatie door verweerder. Patiënt 1 heeft nog ongeveer vier weken op de IC gelegen en is op 3 april 2012 overleden. Er werd geen verklaring van een natuurlijke dood afgegeven. Na overleg tussen de gemeentelijk lijkschouwer en de regio forensisch en medisch officier van justitie heeft de laatste de calamiteit op 4 april 2012 gemeld aan klaagster. De directie van ziekenhuis heeft op 23 april 2012 het incident bij de IGZ gemeld. Het ziekenhuis heeft vervolgens een intern onderzoek ingesteld. De interne onderzoekscommissie heeft een onafhankelijke externe deskundige, professor dr. O, opleider vaatchirurgie in het P, bij het onderzoek betrokken. Hij heeft op 20 juni 2012 aan de onderzoekscommissie gerapporteerd. De interne onderzoekscommissie heeft op 9 juli 2012 aan de directie van het ziekenhuis gerapporteerd. Volgens het rapport was verweerder aangesteld op grond van een detacheringsovereenkomst ter overbrugging van de periode tussen de vacaturestelling vaatchirurg en het vinden van een geschikte gecertificeerde

vaatchirurg. Verweerder was aangenomen als algemeen chirurg met bekwaamheid in de vaatchirurgie en afgesproken was dat hij als zodanig de vaatchirurgie zou uitvoeren binnen het ziekenhuis onder supervisie van een gecertificeerd chirurg. De conclusie van de onderzoekscommissie – mede – op basis van de visie van de externe deskundige was dat verweerder bij de ingreep kunstfouten heeft gemaakt die bewijzen dat sprake is van onkunde bij verweerder. Verweerder heeft met e-mailbericht d.d. 2 juli 2012 gemeld dat hij zowel de visie van de externe deskundige als het onderzoeksrapport heeft aanvaard en overigens niets toe te voegen heeft, behalve dat hij C niet kon bereiken en derhalve genoodzaakt was om de operatie zelfstandig en alleen te verrichten. De IGZ heeft naar aanleiding van de meldingen van 4 en 23 april 2012, in samenhang met de onderzoeksresultaten van het interne onderzoek van het ziekenhuis, aanvullend onderzoek ingesteld naar het optreden van verweerder als chirurg en daarover in april 2013 een rapport uitgebracht. De IGZ heeft verweerder in aansluiting aan dat rapport bij besluit van 31 juli 2013 bevolen om hangende verder onderzoek en deze tuchtprocedure geen complexe vaatchirurgische ingrepen te verrichten. Dit bevel werd actief openbaar gemaakt en kreeg ruime media-aandacht. Op eigen verzoek van verweerder werd zijn registratie in het BIG-register op 9 augustus 2013 doorgehaald. Vervolgens heeft de IGZ zes dossiers geselecteerd van overleden patiënten, bij de behandeling van wie verweerder betrokken was en heeft deze dossiers laten onderzoeken door de chirurgen Q en R, namens de NVvH. Onderzoek vond plaats op basis van door het ziekenhuis aangeleverde dossiers zoals die zich in het ziekenhuis bevonden. De NVvH rapporteerde op 19 februari 2014. Een van die zes patiënten was patiënt 2. Op 6 december 2011 werd patiënt 2 door zijn huisarts naar het ziekenhuis verwezen in verband met een verdenking op een geruptureerd aneurysma van de abdominale aorta. Bij aankomst in het ziekenhuis was patiënt 2 hypotensief maar aanspreekbaar. Er werd met spoed een CT-abdomen gemaakt. In juli 2014 heeft klagster – na ontvangst van het rapport van de NVvH en de wederzijdse reacties van verweerder en de rapporteurs van de NVvH – haar eindrapport vastgesteld. Daarna heeft zij de thans voorliggende klacht ingediend.

Het college overweegt als volgt.

Het college brengt voor wat betreft de klachtonderdelen 1 en 2 in herinnering dat de bevoegdheid van een arts, dus ook een chirurg, niet verder strekt dan zijn op opleiding en ervaring gebaseerde bekwaamheid. Zonder die bekwaamheid is de arts niet bevoegd tot geneeskundige behandeling van een patiënt. Het college wijst op 'Gedragsregels voor artsen' (versie 3.0 2002) van de KNMG: 1.5 'De arts neemt de grenzen van zijn beroepsuitoefening in acht. Hij onthoudt zich van handelingen en uitspraken die gelegen zijn buiten het terrein van zijn eigen kennen en kunnen'. Bij brief van 15 april 2013 hebben de voorzitters van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en van de Nederlandse Vereniging voor

Vaatchirurgie desgevraagd aan klagster laten weten dat de NVvH/NVvV van mening zijn dat complexe vaatchirurgie uitsluitend mag worden uitgevoerd door chirurgen met een certificaat vaatchirurgie. Voordien was uitgangspunt van de NVvH/NVvV dat complexe vaatchirurgie bij voorkeur behoorde te worden uitgevoerd door chirurgen met een certificaat vaatchirurgie. Het college moet dus toetsen of verweerder, hoewel niet in het bezit van het certificaat vaatchirurgie, als algemeen chirurg bekwaam en dus bevoegd was tot het opereren van patiënten 1 en 2 in verband met een rAAA. Verweerder heeft bij herhaling schriftelijk en ook mondeling ter zitting bevestigd dat hij de ervaring miste voor aorta-operaties. Hij heeft voorts ter zitting erkend dat het ook aan zijn opleiding voor wat betreft complexe vaatchirurgische ingrepen schortte. Hij verklaarde ter zitting verder dat hij zich onzeker voelde bij aortachirurgie en bij de diensten voor de ziekenhuizen in B, L en M. Hij verklaarde ook dat hij onvoldoende bekwaam was wat betreft aortachirurgie. Welke ook de omstandigheden waren waardoor zijn opleiding en ervaring tekortschoten, verweerder behoorde zich naar het oordeel van het college al voor aanvang van zijn werkzaamheden in het ziekenhuis daarom rekenschap te geven van de voormelde gedragsregel. Wat betreft patiënt 1 heeft verweerder uitdrukkelijk erkend en nog eens bevestigd dat hij kunstfouten heeft gemaakt en dat sprake was van onkunde. Waarom hij zo heeft geopereerd als hij heeft gedaan kon verweerder, daarnaar gevraagd ter zitting, niet uitleggen en verklaren. Klachtonderdeel 1 is dan ook terecht voorgesteld en wordt gegrond verklaard: verweerder was niet bekwaam en dus niet bevoegd om de rAAA van patiënt 1 te opereren. Dat verweerder als het ware met de rug tegen de muur stond, omdat hij C als zijn achterwacht niet kon bereiken voor overleg of overnemen, acht het college niet geloofwaardig. C heeft onder ede verklaard dat verweerder hem op het bewuste tijdstip niet heeft gebeld. Het college heeft geen reden om aan de verklaring van de getuige te twijfelen. Verweerders stelling dat hij ook naar het T en nog twee andere collega's had gebeld, wordt als niet onderbouwd terzijde geschoven. In zijn e-mailbericht d.d. 2 juli 2012 maakt verweerder nog geen gewag van die andere telefoongesprekken en van enige bevestiging daarvan uit objectieve bron is niet gebleken. Verweerder heeft de genoemde gedragsregel geschonden maar bovendien niet alles gedaan om ervoor te zorgen dat patiënt 1 die zorg kreeg die hij behoorde te krijgen. Het college volgt deskundige O in zijn visie dat de kunstfouten van verweerder patiënt 1 de kans om te overleven hebben ontnomen. Voor wat betreft patiënt 2 staat vast dat sprake was van een suprarenaal rAAA en dat het ziekenhuis niet was uitgerust of geschikt te maken voor de behandeling van een patiënt met die aandoening. In het bijzonder de nazorg is dusdanig complex dat dergelijke patiënten en dus ook patiënt 2 vanuit het ziekenhuis behoren te worden ingezonden naar een gespecialiseerd centrum, bijvoorbeeld het T of de U. Het verslag van de CT abdomen maakte melding van de bekendheid van patiënt met een voorgeschiedenis van rAAA, het operatieverslag van verweerder vermeldde dit eveneens en verweerder heeft, hoewel hij zich daarover eerder in ontwijkende zin heeft

uitgelaten, ter zitting bevestigt dat de radioloog hem vertelde dat sprake was van een suprarenaal rAAA. Verweerders uitleg dat patiënt 2 bijna geen kans had, op sterven na dood was en het vervoer nooit had overleefd, dat het OK-team al in huis was en dat hij zich als het ware gedwongen voelde om te opereren, overtuigt het college geenszins. Verweerder had patiënt 2, alleen al om reden dat nazorg in het ziekenhuis niet mogelijk was, moeten insturen. De ingreep van verweerder heeft de kans van patiënt 2 om zijn aandoening te boven te komen teniet gedaan. Dat verweerder, zoals hij ter zitting in zijn laatste woord verklaarde, hulp heeft gevraagd aan zijn supervisor blijkt nergens uit. Klachtonderdeel 2 wordt dus eveneens gegrond verklaard. Klachtonderdeel 3 is gebaseerd op de rapportage van de NVvH d.d. 19 februari 2014, waaruit volgt dat verweerders dossiervoering inzake de behandeling van zijn patiënten tekortschiet. Verweerder heeft na kennis genomen te hebben van de zes betrokken dossiers op 31 maart 2014, voor wat betreft zijn dossiervoering, in bevestigende zin gereageerd op dit rapport. Getuige C heeft ter zitting verklaard dat verweerder is aangesproken op tekortkomingen in zijn verslaglegging. Verweerder heeft ter zitting nog verklaard dat hij het boetekleed aantrok, waar het gaat om het ontbreken van drie operatieverslagen. Wat er zij van zijn poging tot bagatellisering, voor het college staat vast dat verweerder, ook al gaat het volgens verweerder 'slechts' om het ontbreken van drie operatieverslagen, tekort is geschoten in het voldoen aan zijn verplichting als bedoeld in artikel 7:454 BW om dossiers in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Klachtonderdeel 3 is daarom eveneens terecht voorgedragen en wordt gegrond verklaard. Klachtonderdeel 4 vindt zijn grondslag enkel en alleen in het verslag van het gesprek op 28 november 2012 van klaagster met verweerder. Naar het oordeel van het college is dit een smalle basis voor een zo algemeen verwijt als in dit klachtonderdeel is verwoord. Getuige C heeft ter zitting uiteengezet hoe de overlegstructuur in en met de vakgroep chirurgie toentertijd was vormgegeven en hoe de overdracht van patiënten was geregeld. Hij verklaarde verder dat verweerder daaraan deelnam en er wat dat betreft geen aanmerkingen waren op diens functioneren. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij niet bedoelde dat er geen overleg of overdracht zou zijn maar dat hij het anders gewend was. Dit klachtonderdeel faalt, omdat het geen verdere onderbouwing heeft gevonden in het verhandelde ter zitting. Aangezien de klachtonderdelen 1 tot en met 3 gegrond zijn verklaard, moet een maatregel volgen. Het zal duidelijk zijn dat het college de tekortschietende zorg voor patiënten 1 en 2 met voor hen fatale afloop verweerder zeer ernstig aanrekent. Daarbij komt bovendien nog het gegrond verklaarde klachtonderdeel 3. Verweerder heeft zich – bewust van eigen onvoldoende bekwaamheid – ten onrechte de bevoegdheid toegedicht om complexe vaatchirurgische ingrepen te verrichten. Het ligt dan voor de hand om die maatregel op te leggen die klaagster reeds bij bevel van 31 juli 2013 aan verweerder had opgelegd. Die maatregel zou ondanks het hiervoor vermelde standpunt van de NVvH/NVvV van 15 april 2013 zo niet in Nederland dan wel in het buitenland nog effect kunnen hebben.

Nog afgezien evenwel van de onzekerheid over de effectiviteit van die maatregel, gaat zij het college niet ver genoeg. Het college brengt in herinnering dat verweerder ter zitting meermalen heeft verklaard dat hij technisch wel bekwaam is tot het uitvoeren van chirurgische ingrepen, waarbij verweerder kennelijk bedoelde: welke ingrepen dan ook. Het college kan verweerder hierin beslist niet volgen. Uit het verslag van O d.d. 20 juni 2012 blijkt dat verweerder bij de operatie op 4 maart 2012 beginners- en kunstfouten heeft gemaakt. Naar het oordeel van het college moeten deze fouten worden aangemerkt als chirurgisch klungelwerk van dien aard dat het college er geen vertrouwen in heeft dat verweerder zijn vak als algemeen chirurg met een voldoende mate van bekwaamheid zou uitoefenen en weer in staat gesteld zou moeten worden om zijn vak, heelkunde, op te kunnen pakken, zoals hij heeft verzocht. Daarbij is acht geslagen op de hiervoor weergegeven conclusies van het rapport van de NVvH, waaruit volgt dat het heelkundige handelen van verweerder door zijn wijze van verslaglegging niet of nauwelijks is te toetsen. Het college zal dan ook beslissen om verweerder met toepassing van artikel 48 derde lid Wet BIG de bevoegdheid het in het register ingeschreven staande beroep, arts, gedeeltelijk en wel zover het betreft handelingen op het gebied van de heelkunde te ontzeggen, in het geval verweerder zich wederom in het BIG-register in de hoedanigheid van arts laat inschrijven. Een nog verder gaande maatregel acht het college niet aangewezen. Dat verweerder onvoldoende bekwaam moet worden geacht om in zijn algemeenheid als arts te kunnen functioneren is het college immers niet gebleken. Het college heeft daarentegen geen aanleiding gezien om als verzachtende omstandigheid rekening te houden met de aandacht die verweerder in de media ten deel is gevallen als gevolg van het bevel dat de IGZ hem heeft opgelegd. Het college heeft met de op te leggen maatregel immers de bewaking van de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg voor ogen en niet de bestraffing van verweerder. Het college houdt verweerder nog wel voor dat hij ter zitting enkele malen heeft verklaard: 'Als ik niets had gedaan, dan zou ik hier niet zitten'. Daarmee toont verweerder weinig inzicht in de gevolgen van zijn handelen en evenmin respect voor de nabestaanden van patiënten 1 en 2. Het college legt verweerder, in het geval hij zich wederom in het BIG-register laat inschrijven als arts, de ontzegging op van de bevoegdheid heelkundige handelingen te verrichten.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 27-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2015:34

Zaaknummer: 149/2014

Wetsartikelen: 65 lid 1 sub d, 47 lid 1 Wet BIG, 7:454 BW en 48 lid 3 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y***Klager verwijt voormalig kinderpsychiater dat deze zijn zoon heeft behandeld zonder zijn toestemming en dat de psychiater zijn bevindingen naar de huisarts heeft gestuurd. Berisping.***

Verweerder – voormalig kinderpsychiater – heeft in of rond april 2014 twee gesprekken van een half uur tot drie kwartier gehad met de toen negenjarige zoon van klager (hierna: de zoon). Verweerder was een bekende van beide ouders. Beide gesprekken hebben plaatsgevonden op verzoek van de moeder en zonder toestemming van de vader (klager). De ouders waren destijds verwikkeld in een echtscheiding, wat verweerder bekend was. Ten tijde van de gesprekken van verweerder met de zoon was verweerder niet langer geregistreerd als geneeskundig specialist (psychiater) in het RGS-register. Deze inschrijving is per 25 februari 2014 vervallen omdat verweerder – in verband met zijn pensionering – geen verzoek tot herregistratie meer had ingediend. Verweerder is wel geregistreerd gebleven als (basis)arts in het BIG-register. Verweerder heeft na de gesprekken een brief opgesteld gedateerd 2 juni 2014 (hierna: de brief) en hij heeft deze verzonden aan de huisarts (van het gezin) en aan de moeder. De brief is gericht aan de huisarts. Verweerder heeft voor de brief voorgedrukt briefpapier gebruikt waarop staat vermeld dat hij kinder- en jeugdpsychiater is. De gegevens van de zoon staan vermeld achter 'Betr.: Patiënt'. Bij de voorgedrukte tekst '(Voorlopige) diagnose' is een streep geplaatst onder het woord 'voorlopige'. In de brief staat onder meer geschreven dat sprake is van 'aanwijzingen voor ADHD en last hebben van en lijden onder de gespannen situatie tussen de ouders, en van de vaak boze reacties van vader op de zoon'. De brief is ondertekend door verweerder onder de voorgedrukte vermelding van zijn naam en de aanduiding kinder- en jeugdpsychiater.

Het RTG overweegt als volgt.

Het college stelt voorop dat het handelen van verweerder moet worden aangemerkt als een medische behandeling en niet – zoals verweerder lijkt te willen zeggen – als een willekeurig gesprek met een bekende. Redengevend voor dat oordeel zijn de aanleiding en aard van die gesprekken, namelijk op basis van een medische hulpvraag en gericht op het in kaart brengen

van de klachten. Dat laatste blijkt duidelijk uit de brief waarin de zoon tot tweemaal toe wordt aangeduid als patiënt en waarin verder is vervat een gespreksverslag, de tekst 'voorlopige diagnose, begeleiding en therapie' alsmede het hierboven al weergegeven citaat: 'aanwijzingen voor ADHD en last hebben van en lijden onder de gespannen situatie tussen de ouders, en van de vaak boze reacties van vader op [de zoon]'. Daarnaast is redengevend de omstandigheid dat de gesprekken zijn uitgemond in een schriftelijke rapportage aan de huisarts alsmede mondelinge adviezen aan de moeder over verder onderzoek en behandeling. Een tuchtrechtelijke toetsing van het handelen van verweerder in deze is dus mogelijk. Het college is van oordeel dat beide onderdelen van de klacht gegrond zijn. Voor wat betreft het eerste onderdeel is komen vast te staan dat verweerder de destijds negenjarige zoon heeft behandeld zonder toestemming van klager. Daargelaten de discussie tussen klager en verweerder of wel of niet toestemming na het eerste gesprek uitdrukkelijk is geweigerd, staat vast dat in ieder geval geen uitdrukkelijke toestemming door klager is gegeven. Gesteld noch gebleken is dat verweerder heeft gemeend dat stilzwijgende toestemming was gegeven. Integendeel, uit de tekst van de brief ('Bovengenoemde patiënt werd door mij gezien op (...) verzoek van de moeder') alsmede uit de strekking van het betoog van verweerder is duidelijk geworden dat hij wist dat de gesprekken alleen op verzoek van de moeder plaatsvonden. Een arts heeft voor de behandeling van een negenjarige minderjarige in beginsel toestemming nodig van beide ouders. Nu verweerder wist dat de gesprekken plaatsvonden op verzoek van moeder en dat sprake was van een echtscheidingssituatie – waaraan de problematiek van de zoon ook gerelateerd was – mocht verweerder ook niet uitgaan van de toestemming van de vader. Tot slot merkt het college op dat geen sprake was van spoed of een niet-ingrijpende behandeling. De handelwijze van verweerder is derhalve in strijd met het bepaalde in artikel 7:465 BW en de vaste jurisprudentie van het CTG over de vereiste toestemming in gevallen als deze. Hoe de regeling op dit punt is, is bovendien eenvoudig na te gaan door raadpleging van de KNMG-wegwijzer Dubbele toestemming uit 2011. Het eerste onderdeel van de klacht is derhalve gegrond. Voor wat betreft het tweede onderdeel van de klacht staat vast dat verweerder in de brief onder meer heeft geschreven dat de zoon bang is voor de boosheid van vader jegens hem, terwijl over moeder slechts wordt geschreven dat zij bij het gesprek luisterend aanwezig is. Verder staat vast dat verweerder naast de gesprekken met de zoon ook over dezelfde materie een gesprek met moeder heeft gehad en dat hij met klager in het geheel niet hierover heeft gesproken. Verweerder heeft erkend dat een kind dat spreekt in aanwezigheid van een van de ouders deze ouder niet zal afvallen. Naar het oordeel van het college had verweerder onder deze omstandigheden een brief zoals hij heeft geschreven niet mogen versturen, omdat daarin wordt gezegd dat de zoon last heeft van en lijdt onder de vaak boze reacties van vader, waarbij verweerder als grond voor dit waardeoordeel alleen is afgegaan op wat de zoon (in bijzijn van zijn moeder) en de moeder daarover hebben gezegd. Verweerder wist bovendien dat de brief

zou worden gebruikt, wat ook (in de echtscheidingsprocedure) is gebeurd. Deze gang van zaken is naar het oordeel van het college om de volgende redenen niet juist. Ten eerste heeft verweerder desbewust in een echtscheidingssituatie een brief geschreven wetende dat deze in een gerechtelijke procedure zou (kunnen) worden gebruikt. Ten tweede heeft verweerder zonder klager zelf te spreken ook (nadelig) over klager geschreven, wat betekent dat hij niet op zorgvuldige wijze is gekomen tot zijn oordeel over de beweerde boze houding van vader jegens zijn zoon. Ook het tweede onderdeel van de klacht is derhalve gegrond.

Bij gegrondverklaring van de klacht moet de vraag worden beantwoord welke maatregel moet worden opgelegd. In de eerste plaats dient te worden uitgegaan van de in de klacht gerelateerde gegronde verwijten. In de tweede plaats zal het college rekening houden met het tuchtrechtelijk verwijtbare feit dat verweerder zich heeft gepresenteerd als Kinder- en Jeugdpsychiater terwijl hij dat niet meer was. Verder moeten bijkomende feiten en omstandigheden in de afweging worden betrokken. Daarbij gaat het om de omstandigheid dat aan verweerder al eerder (2001) voor een soortgelijk feit een berisping is opgelegd. Weliswaar is dit lang geleden, maar verweerder had ook daardoor beter moeten weten. Verder moet in de afwegingen worden betrokken dat de strekking van het betoog van verweerder in deze procedure is, dat van belang is dat hij een kind in nood wilde helpen en dat niet of nauwelijks van belang is wat wet- en regelgeving zeggen, welke opvatting door verweerder kernachtig is samengevat met 'ik ben niet zo'n formaliteitsgoeroe'. Het college baseert op de eerdere tuchtzaak en de houding van verweerder in deze zaak de indruk dat verweerder zich moeilijk laat corrigeren. Verweerder heeft in ieder geval onvoldoende blijk gegeven van spijt of inzicht in de onjuistheid van zijn handelen. Aan de andere kant is voor de op te leggen maatregel van belang dat verweerder inmiddels met pensioen is en zijn praktijk inmiddels geheel heeft beëindigd. Die omstandigheid maakt in ieder geval enkele van de denkbare maatregelen van louter theoretisch belang. Al deze feiten en omstandigheden overziend en rekening houdend met de maatregelen die normaliter in vergelijkbare gevallen worden opgelegd, ziet het college aanleiding om verweerder de maatregel van berisping op te leggen.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 25-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2015:25

Zaaknummer: 14135

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG en 7:465 BW

RECHTSPRAAK

IGZ/X

Volgens de IGZ heeft de AIOS zich onvoldoende verdiept in een richtlijn betreffende medicatie, heeft zij onvoldoende onderzoek gedaan en dit tevens onvoldoende gedocumenteerd. Daarnaast zou zij onvoldoende aandacht hebben gehad voor de opmerkingen van de familie. Waarschuwing.

Verweerster is op 1 april 2013 in opleiding gekomen bij E. (hierna: de instelling). Zij startte als AIOS psychiatrie op de afdeling spoedeisende psychiatrie, hierna: de afdeling. Daarvoor had zij een aantal jaren ervaring als huisarts. Zij werkte onder supervisie van de eindverantwoordelijk psychiater van de afdeling tegen wie onder nummer 14218 ook een tuchtklacht is ingediend. Op 28 mei 2013 heeft de instelling melding gedaan bij klaagster A. van het niet-natuurlijk overlijden van patiënte op de afdeling Spoedeisende Psychiatrie. Daaraan ging het navolgende vooraf. Patiënte was sinds zeven jaar in zorg geweest bij het centrum psychotische stoornissen van E. De laatste evaluatie van haar behandelplan was van 29 januari 2012. Sinds september 2012 was ze overgedragen aan het FACT-team (intensieve ambulante behandeling), waar ze in maart 2013 voor het eerst werd gezien. Op eigen initiatief is patiënte in het voorjaar van 2013 opgenomen geweest op de afdeling psychiatrie van het F. in verband met een onderzoek naar haar herpesvirus en schizofrenie. De psychiater aldaar had haar geadviseerd om de medicatie om te zetten naar clozapine. Op 25 april 2013 vond het eerste contact plaats tussen de FACT-psychiater met patiënte en haar ouders. De FACT-psychiater nam het advies over omdat behandeling met Zyprexa (olanzapine) en Risperdal (risperidon) niet tot het gewenste resultaat had geleid. Patiënte gaf toestemming voor een (langzame) afbouw van Risperdal en opbouw van clozapine. De FACT-psychiater nam in de ochtend van die dag telefonisch contact op met de eindverantwoordelijk psychiater van de afdeling met het verzoek tot een opname. Bij de telefonische overdracht is meegedeeld dat patiënte Risperdal slikte, welke medicatie diende te worden afgebouwd; in plaats daarvan zou patiënte moeten worden ingesteld op clozapine. Zij reageerde niet op gangbare antipsychotica. Er werd niet gesproken over een te volgen medicatieschema of over bejegening. De (vrijwillige) opname heeft nog diezelfde dag in de loop van de middag plaatsgevonden. De

eindverantwoordelijk psychiater was die middag, zoals altijd op de donderdagen, afwezig en daarom had hij met de FACT-psychiater afgesproken dat verweerster contact zou opnemen. Op die dag heeft tussen de FACT-psychiater en verweerster telefonisch contact over de overdracht plaatsgevonden. Het verzoek tot (vrijwillige) opname diende volgens de psychiater ertoe om patiënte in te stellen op clozapine. Op die dag heeft verweerster, bij afwezigheid van de eindverantwoordelijk psychiater/hoofdbehandelaar, die wegens vakantie tot 6 mei afwezig was, met patiënte en haar vader het opnamegesprek gevoerd. Daarbij was ook een verpleegkundige aanwezig. In overleg met de vervangend supervisor is het medicatieschema vastgesteld als vastgelegd in het dossier. De vervangend supervisor was van mening dat de Risperdal zo snel mogelijk diende te worden afgebouwd en moest worden gestaakt, omdat hij geen voorstander was van het gelijktijdig doseren van twee verschillende antipsychotica. Dit was een afwijking van het met de FACT-psychiater afgesproken beleid. Verweerster was niet bekend met clozapine en heeft daarom dit middel in het farmacotherapeutisch kompas opgezocht. Zij was evenmin bekend met het feit dat er een richtlijn clozapine bestond. Op instructie van de vervangend supervisor heeft verweerster op de labformulieren aangekruist 'instellen op clozapine'. Op 26 april 2013 werd bloed geprikt en op 27 april 2013 werd het medicatiebeleid gestart. De laatste toediening van Risperdal vond plaats op 28 april 2013. Op 8 mei 2013 was patiënte (nog steeds) psychotisch. Op 11 en 12 mei 2013 verbleef patiënte veel op haar kamer. De verpleging wees haar op haar eigen verantwoordelijkheid voor de was en het halen van medicatie. Op 13 mei moest patiënte braken en voelde zich ziek. Ze was weigerachtig ten aanzien van haar medicatie-inname. De verpleging sprak haar erop aan dat ze haar eigen kamer moest schoonhouden. De daaropvolgende dagen kwam er een tweede melding van braken en diarree. Op 14 mei deed de coassistent lichamelijk onderzoek bij patiënte. Op 16 mei verhuisde ze naar de high care unit van de kliniek. Op 17 mei belde het lab in verband met een verhoogde clozapinespiegel. Verweerster vroeg extra labonderzoek aan voor 20 mei en maakte aantekening in het verpleegdossier waar de verpleging op moest letten (koorts, verwarring, convulsies, hypotensie, delirium en hartklachten en bij de minste twijfel overleg met de voorwacht). Op 18 mei maakte de verpleegkundige aantekening dat patiënte zich niet goed voelde. Van 18 tot en met 23 mei zijn er geen aantekeningen in het dossier dat pols, temperatuur en bloeddruk zijn gemeten. Op 21 mei 2013 werd patiënte besproken in een vergadering, met aantekeningen inhoudende dat ze het goed deed op een lage dosis clozapine, maar wel een hoge clozapinespiegel had. Er vond een gesprek plaats tussen de verpleging en de ouders, die vonden dat patiënte slecht werd verzorgd en verwaarloosd werd gedurende tweeënhalve week. Op 22 en 23 mei vonden vergaderingen plaats, zonder aantekeningen. Op 24 mei deed verweerster lichamelijk onderzoek bij patiënte, waarvan zij – post mortem – op 27 mei verslag deed. Zij constateerde een zekere kortademigheid, vroeg aanvullend onderzoek aan en gaf de verpleging opnieuw opdracht om dagelijks pols, temperatuur en bloeddruk te

meten. Ze verzocht de verpleging om patiënte te activeren en meer op de afdeling te laten zijn zodat haar toestand beter in beeld zou komen. Ze deed telefonisch verslag aan de vader en sprak over de afspraken met de ervaringsdeskundige. Patiënte ging die avond zwemmen met haar vader, die bij terugkomst en ook al in de auto meermalen tegenover de ervaringsdeskundige zijn zorg uitsprak over de lichamelijke toestand van patiënte. Op 25 mei mat een leerling-verpleegkundige tussen 9.00 en 10.00 uur pols en temperatuur; bloeddruk meten lukte niet. Om 15.45 uur meldde een medepatiënt dat hij patiënte hoorde huilen. Dit was ook al door een collega gehoord. Het verpleegkundig team besloot niet direct te reageren. Om 15.55 uur werd patiënte door een ervaringsdeskundige bezocht die haar in zorgwekkende toestand aantrof. Reanimatie werd gestart. Om 16.35 uur werd het overlijden van patiënte vastgesteld. De conclusie van het obductierapport is dat het intreden van de dood verklaard wordt door een hartspierontsteking op basis van een overgevoeligheidsreactie, namelijk een zogenaamde clozapine-geïnduceerde myocarditis.

Het RTG overweegt als volgt.

Klachtonderdeel 1 en 3: het college is van oordeel dat verweerster de clozapinerichtlijn, die op het intranet van de instelling was te vinden, had moeten raadplegen, zoals zij zelf in haar verweer ook stelt. Haar kennis over clozapine had zij vooral verworven uit het farmacotherapeutisch kompas maar wat daar wordt vermeld is onvoldoende om zich van de mogelijke gevolgen en risico's van het gebruik van clozapine bewust te worden. Zij kwam er ook te laat achter dat voor het aanvragen van dit labonderzoek een apart kruisje bij clozapinespiegel had moeten worden gezet. Daardoor kreeg ze onvoldoende informatie. Zij heeft er (te) eenvoudig op vertrouwd dat, zoals haar was verteld, alles vanzelf zou gaan als zij 'instellen op clozapine' zou invullen en dat daarna alles vanzelf volgens protocol zou verlopen. Verweerster kan naar het oordeel van het college niet worden verweten dat zij de gemotiveerde instructie van de waarnemend supervisor om af te wijken van de met de verwijzend psychiater gemaakte afspraak over de afbouw van Risperdal aan te passen, heeft gevolgd zonder hierover contact met de verwijzende psychiater op te nemen. Daarbij overweegt het college nog dat hierover met de ouders wel contact is geweest.

Klachtonderdeel 2: het niet informeren bij de verwijzer over de (niet substantiële) onduidelijkheid van de bij opname feitelijk gebruikte medicatie kan ook niet leiden tot een tuchtrechtelijk verwijt, nu het niet gaat over een substantiële onduidelijkheid, die verder wel in het gesprek met de ouders aan de orde is geweest en die de waarnemend supervisor geen reden gaf tot het nemen van actie. Dit onderdeel van de klacht is ongegrond.

Klachtonderdeel 4: patiënte is op 14 mei onderzocht door een coassistent. In het dossier wordt slechts vermeld dat hij haar onderzocht heeft en metingen heeft verricht, nadat er een klacht

was over flink braken en diarree. Niet wordt vermeld waaruit het onderzoek heeft bestaan, wat de conclusie was en wat ter uitvoering daarvan zou worden gedaan. Niet blijkt van instructies aan de verpleging naar aanleiding van dit onderzoek. Op 24 mei, daags voor het overlijden van patiënte, heeft verweerster volgens het dossier lichamelijk onderzoek gedaan, maar in het dossier staat niet vermeld waaruit dit onderzoek heeft bestaan en wat de bevindingen waren. In een periode van dertig dagen is, gelet op (de risico's van) het clozapinegebruik en de lichamelijke klachten van patiënte, onvoldoende vaststaand lichamelijk onderzoek verricht. Als juist is dat, zoals verweerster stelt, lichamelijk onderzoek veelal door patiënte werd geweigerd, had dit telkens in het dossier moeten worden vermeld en had dit aanleiding moeten zijn voor nadere actie, waarvan niet dan wel onvoldoende is gebleken. Dit klachtonderdeel is gegrond.

Klachtonderdeel 5: het volstaat niet om opdrachten aan de verpleging te geven. Verweerster had er niet (steeds) van uit mogen gaan dat haar instructies zouden worden opgevolgd. Via het dossier, waarin die instructies zouden moeten zijn opgenomen, was voor verweerster eenvoudig na te gaan of haar instructies werden gevolgd. Dat heeft verweerster niet, althans onvoldoende gedaan. Dit klachtonderdeel is gegrond.

Klachtonderdeel 6: verweerster stelt weliswaar dat zij in de Zorglijn minstens zes keer haar zorgen over patiënte heeft geuit, maar in het dossier is daarover geen aantekening te vinden. Er is in het dossier pas (impliciet) sprake van (jegens de verpleging) telefonisch uitgesproken zorg op 24 mei. Verweerster had in deze (voor haar te) moeilijke casus meer overleg moeten hebben met haar supervisor. Zij erkent dat dit beter was geweest. Dit klachtonderdeel is gegrond.

Klachtonderdeel 7: reeds uit de bespreking van de voorgaande klachtonderdelen vloeit voort dat deze – door verweerster erkende – klacht gegrond is.

Klachtonderdeel 8: verweerster is nooit weigerachtig geweest om contact met de ouders van patiënte te hebben en niet is aannemelijk geworden dat zij daarbij de bevindingen met betrekking tot patiënte niet heeft gedeeld. Wel is het college van oordeel dat onvoldoende aandacht is geweest voor, ook in de dossier vermelde, noodsignalen van de familie. Het had op de weg van verweerster gelegen om daarvoor meer aandacht te hebben. Dit onderdeel van de klacht is dus in zoverre gegrond.

Verweerster was, gelet op haar achtergrond en haar zeer geringe ervaring met de onderhavige vorm van hulpverlening, in feite niet bekwaam om grotendeels zelfstandig aan deze patiënte adequate hulp te verlenen. Zij had zich daarvan echter meer bewust moeten zijn en ook kunnen zijn, vooral door zich beter te oriënteren op de risico's van het gebruik van

clozapine. Het college heeft er oog voor dat verweerster onder zeer moeilijke omstandigheden (nagenoeg zonder ervaring, nagenoeg zonder begeleiding van een opleider, geconfronteerd met een weinig aanwezige en ook overbelaste supervisor en een verpleegafdeling waarover zij onvoldoende overzicht had) moest werken en daarbij overbelast en overvraagd is geweest. Zij was in een bijna onmogelijke positie gedrongen. Zij kan zich daarop terecht beroepen, maar dit beroep brengt niet mee dat haar aandeel in de fouten die bij de behandeling zijn gemaakt geheel aan de gegeven omstandigheden en aan andere hulpverleners mogen worden toegeschreven. Zij heeft ook een eigen verantwoordelijkheid, die zij onvoldoende heeft genomen. Dit alles in aanmerking nemende komt het college tot het opleggen van een waarschuwing als passend.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 25-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2015:26

Zaaknummer: 14217

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG, 7:453 BW en 7:454 BW

RECHTSPRAAK

X/Y

Klacht tegen apotheker over het niet opmerken van een medicatiefout bij de receptcontrole. Voorts verwijt klaagster hem dat hij het toezicht op de apothekersassistentes niet voldoende heeft uitgeoefend, waardoor de assistentes de fouten konden maken en voortzetten. Als gevolg daarvan is haar een te hoge dosering pramipexol verstrekt. Waarschuwing.

Klaagster staat onder behandeling van een neuroloog in verband met een ‘restless legs syndroom’. Om de symptomen te onderdrukken gebruikt zij het medicijn pramipexol in tabletvorm. Verweerder is als apotheker werkzaam bij de F Apotheek te B en eindverantwoordelijk voor het functioneren van deze apotheek. Er is een samenwerkingsverband met Apotheek G te B. Eindverantwoordelijk apotheker daar is H (zaak 2014-061). Er is eveneens een samenwerkingsverband met Apotheek I te B. De apotheken staan ook bekend onder de noemer ‘J - B’. De apotheken maken gebruik van het informatiesysteem AIS van Pharmacom. Er is één apotheekteam, bestaande uit drie locatiemanagers en 29 assistentes. De medewerkers rouleren tussen de vestigingen en handelen volgens eenzelfde werkwijze, vervat in werkinstructies. Op 15 augustus 2012 kwam bij Apotheek G de eerste aanvraag van klaagster voor verstrekking van medicatie binnen. De aanvraag betrof de pramipexol in een dosering van 0,125 mg met een opbouwschema voor de nacht van één tablet (Glepark tablet), in enkele weken oplopend naar drie tabletten voor de nacht. Aan klaagster zijn zestig tabletten verstrekt. Op 13 oktober en 19 november 2012 is klaagster dezelfde medicatie in dezelfde dosering via Apotheek G ter hand gesteld. Bij opvolgende controle bij de neuroloog gaf klaagster aan nog steeds last te hebben van haar benen. In verband hiermee schreef haar neuroloog de pramipexol in een andere dosering voor, één tablet van 0,375 mg (Sifrol tablet). Aan klaagster zijn op 19 december 2012 via Apotheek G 30 tabletten verstrekt. Op 26 januari en 27 maart 2013 is dezelfde medicatie in dezelfde dosering via Apotheek G ter hand gesteld, zij het dat steeds zestig tabletten zijn verstrekt. Op 4 april 2013 had klaagster een belafsprake met haar neuroloog waarin zij klaagde over vermoeidheid, slecht slapen en rusteloze benen. Klaagster heeft daarop pramipexol in de vorm

van één tablet van 0,125 mg voorgeschreven gekregen die klaagster in diende te nemen naast haar tablet van 0,375 mg. Klaagster kreeg dit recept thuis gestuurd. Op 17 april 2013 heeft zij het recept voor beide tabletten bij de F apotheek ingeleverd. Het recept is door de assistente van de apotheek gecontroleerd. Vervolgens heeft de assistente het recept handmatig ingevoerd in het patiëntendossier van klaagster. Bij het aanklikken van het prescriptieproduct in het informatiesysteem Pharmacom heeft de assistente het verkeerde pramipexol preparaat gekozen. In plaats van code 07, wat staat voor de 0,375 mg Sifrol, heeft zij gekozen voor code 06, wat staat voor 3,75 mg Sifrol. Het daarop volgende signaal vanuit het informatiesysteem is niet geïnterpreteerd als 'onjuiste dosering', omdat de assistente eerst de dosering 0,125 mg invoerde en pas daarna de dosering 3,75 mg. Er is alleen een signaal uitgegaan met de tekst 'was 0,375 wordt 0,125' en niet met de tekst 'was 0,375 wordt 3,75 mg'. De omissie is bij het klaarmaken van het recept niet opgemerkt. De assistente die het recept voor de terhandstelling heeft gecontroleerd, heeft de onjuiste dosering evenmin opgemerkt. Bij de eindcontrole van het recept en de controle van de signaallijst is de omissie opnieuw onopgemerkt gebleven. De feitelijke terhandstelling van het tablet Sifrol van 3,75 mg vond enkele dagen later plaats omdat het tablet in deze dosering niet voorradig was. Aan klaagster zijn negentig tabletten ter hand gesteld en voorts is haar een herhaalrecept meegegeven. De opvolgende verstrekkingen op 19 augustus, 16 september en 21 oktober 2013 betrof verstrekkingen van steeds 30 tabletten van 3,75 mg op basis van het herhaalrecept. Deze verstrekking verliep via Apotheek G. De verstrekkingen op 22 november en 23 december 2013 en op 20 januari 2014 betroffen verstrekkingen op basis van een nieuw uitgeschreven recept door de huisarts van klaagster. Op dit recept heeft de huisarts vermeld dat klaagster Sifrol tabletten van 3,75 mg nodig heeft. Ook deze verstrekking verliep via Apotheek G. Klaagster kreeg ondertussen last van moeheid, eetaanvallen, obstipatie en kwam kilo's aan. Het rusteloze gevoel in haar benen nam daarentegen af. Bij haar afspraak met de neuroloog op 20 februari 2014 kreeg klaagster andere medicatie voorgeschreven. Bij het inleveren van dit recept bij Apotheek G is opgemerkt dat aan klaagster al langere tijd een verkeerde dosering pramipexol was verstrekt. Aansluitend is overleg geweest tussen verweerder en de eindverantwoordelijk apotheker van Apotheek G. Tevens is overleg geweest met de neuroloog van klaagster. Klaagster zelf is door Apotheek G telefonisch op de hoogte gesteld. Verweerder heeft met zijn collega van de Apotheek G intern maatregelen genomen om herhaling te voorkomen. Dit heeft geleid tot een landelijke aanpassing van het informatiesysteem. Voorts is het incident gemeld bij de Centrale Medicatie-incidenten Registratie en bij de huisarts. De werkinstructies zijn geëvalueerd.

Het RTG overweegt als volgt.

In het kader van de beoordeling stelt het college vast dat aan klaagster op 17 april 2013, althans

enkele dagen erna, Sifrol tabletten ter hand zijn gesteld in een dosering van 3,75 mg in plaats van 0,375 mg. Deze terhandstelling in een onjuiste dosering is het gevolg van een opeenstapeling van gebreken in de uitvoering van de werkinstructies. Het eerste gebrek kleefte aan de invoering van de dosering, zoals dat op zichzelf duidelijk op het getypte recept van de neuroloog stond. Bij het aanklikken van het prescriptieproduct in het informatiesysteem Pharmacom heeft de assistente in plaats van code 07, wat staat voor de 0,375 mg Sifrol, gekozen voor code 06, wat staat voor 3,75 mg Sifrol. De invoering dient juist te geschieden en een onjuiste invoering impliceert dat werkinstructie 1.2 'Aanschrijven recept algemeen' niet goed is uitgevoerd. In deze werkinstructie staat immers de invoering stapsgewijs beschreven en wordt gewezen op het risico van het niet juist invoeren van gegevens. Daar komt bij dat van de assistente bij een uitgifte van meerdere doseringen, zoals de onderhavige, verwacht mag worden dat zij extra zorgvuldig is. Dat geldt ook voor het interpreteren van eventuele alarmsignaalgegevens. De assistente mag er in ieder geval niet op vertrouwen dat een foutieve invoering door het alarmsysteem wordt opgemerkt. De alarmsignalen in het informatiesysteem zijn immers slechts hulpmiddelen. Dit is ook in het onderhavige geval gebleken, waarbij er vanuit het informatiesysteem geen signaal kwam. Een tweede gebrek heeft betrekking op het klaarmaken van het recept. Ingevolge werkinstructie 1.16 'Klaarmaken recept algemeen' dient het geneesmiddel aan de hand van het recept en niet aan de hand van het etiket te worden gepakt. Het volgen van deze werkwijze had ertoe moeten leiden dat de 0,375 mg tabletten zouden zijn gepakt en dat bij het etiketteren zou zijn opgemerkt dat er een discrepantie was tussen het recept en de ingevoerde – op het etiket zichtbare – dosering. Nu dit niet het geval is geweest, gaat het college ervan uit dat ook deze, op zich juiste, werkinstructie niet goed is nageleefd. Het controleren van het recept kent eveneens een gebrek. Een juiste controle aan de hand van zowel het recept als het etiket had moeten leiden tot de ontdekking van een discrepantie tussen het aantal door de neuroloog voorgeschreven milligrammen en het aantal door de assistente ingevoerde milligrammen. Het feit dat ontdekking is uitgebleven impliceert dat werkinstructie 1.9 'Controleren recepten' niet is nageleefd. Hierin staat immers op juiste wijze beschreven dat het geneesmiddel door een andere assistente of apotheker dient te worden gecontroleerd aan de hand van het recept én het etiket. Er wordt specifiek gecontroleerd op een juiste dosering van het geneesmiddel. Tot slot vertoont ook de terhandstelling zelf een gebrek. Opvallend is dat op het recept van de eerste terhandstelling staat dat aan klaagster negentig tabletten moesten worden verstrekt. De vermelding 'iteratie' staat daarbij niet vermeld, hetgeen bijvoorbeeld wel het geval was bij de 0,125 mg tabletten. Het aan klaagster verstrekte herhaalrecept ontbeert in die zin dus een basis, maar er is ook sprake van strijd met werkinstructie 1.1 'Aannemen recept'. Daarin staat immers dat bij eerste uitgifte één verpakking of maximaal dertig dagen wordt meegegeven alsmede een herhaalrecept en dat overige geneesmiddelen 'voor maximaal 3 maanden'

worden meegegeven zonder herhaalrecept, althans dat laatste staat niet beschreven. Overigens kan deze fout een uitvloeisel zijn van de beginfout, waarbij de assistente zich kennelijk niet heeft gerealiseerd dat zij een andere code aanklikte dan de code die hoorde bij de medicatie die al eerder was verstrekt.

Het is vervolgens de vraag of verweerder in tuchtrechtelijke zin verantwoordelijk kan worden gehouden voor bovenomschreven gebreken. Het college oordeelt dat dit het geval is. De gebreken zien op een onjuiste uitvoering van op zich zorgvuldig ingeklede werkinstructies. Hierdoor is op verschillende punten in het proces gemist dat aan klagster onjuiste medicijnen werden verstrekt. Voor dergelijke fouten, met name nu het gaat om een stapeling van fouten en bij herhaling gemiste controle, kan verweerder tuchtrechtelijk verantwoordelijk worden gehouden, ook al heeft hij de medicijnen niet zelf verstrekt. Dit deel van de klacht is dan ook gegrond. Een en ander heeft verstrekkende gevolgen gehad voor klagster, mede omdat herhaalde verstrekking op basis van het onjuiste recept nog enige tijd heeft kunnen voortduren. Tot slot wordt overwogen dat de gevolgen nog hadden kunnen worden afgewend als bij de eindcontrole van het recept die dag was opgemerkt dat de verstrekking van de 3,75 mg niet juist was. Het college heeft echter moeten constateren dat ook dat niet het geval is geweest als gevolg van op zichzelf staande gebreken bij die eindcontrole. In dat verband zij vermeld, dat het controleren van afgehandelde recepten en de receptgegevens door de dienstdoende apotheker dient te gebeuren, een en ander ingevolge werkinstructie 1.12 'Eindcontrole recept'. In deze werkinstructie staat ook beschreven dat de signaallijst moet worden gecontroleerd. In dit geval zou daarop hebben moeten staan dat een eerste uitgifte van negentig stuks 3,75 mg Sifrol tablet had plaatsgevonden. Dit signaal in combinatie met de controle van het recept had moeten leiden tot opmerkzaamheid en actie van de dienstdoende apotheker die in dit geval niet verweerder was, maar K. Verweerder draagt in de gegeven omstandigheden mede verantwoordelijkheid voor tekortkomingen van die andere apotheker, die, naar het college begrijpt, met instemming van verweerder in zijn apotheek controlewerkzaamheden verrichtte. De klacht is gegrond. Weliswaar was het naar klagster toe vanuit het oogpunt van zorgverlening beter geweest ook onderzoek te doen naar de lichamelijke gevolgen van de overdosering en dat met haar te bespreken, maar daar staat tegenover dat verweerder ervan blijk heeft gegeven inzicht te hebben in de ernst van de gemaakte fouten. Er is melding van gemaakt bij de juiste instantie en verweerder heeft stappen ondernomen om de werkprocessen te verbeteren. Het college legt de maatregel van waarschuwing op.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 24-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2015:38

Zaaknummer: 2014-275

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Klaagster verwijt de BMA-arts dat de medisch adviezen op onzorgvuldige wijze tot stand zijn gekomen en ondeugdelijk zijn gemotiveerd. RTG waarschuwt de BMA-arts. CTG wijst de klacht af.

Klaagster heeft de E.-se nationaliteit. Klaagster heeft op 13 april 2013 bij de IND een verzoek gedaan tot het verlenen van een verblijfsvergunning regulier onder de beperking medische behandeling, en na definitieve afwijzing daarvan een verzoek ex artikel 64 Vreemdelingenwet 2000 om uitzetting op grond van medische redenen achterwege te laten. In het kader daarvan heeft de IND medisch advies gevraagd over klaagster aan het BMA. De arts is als medisch adviseur werkzaam bij het BMA en heeft op 15 mei 2012 naar aanleiding van de aanvraag van de IND een advies over klaagster uitgebracht. Na een verzoek daartoe van de IND heeft de arts op 10 januari 2013 op basis van ontvangen nieuwe medische informatie van behandelaars van klaagster een aanvullend advies uitgebracht, waarin zij persisteert in het daarvoor gegeven advies.

Het RTG overweegt als volgt.

Het college heeft opgemerkt dat door de arts in het advies enige feitelijke onjuistheden staan vermeld. Zo vermeldt de arts in het aanvullend advies van 10 januari 2013 dat zij beschikte over brieven van de behandelende COA- arts, terwijl bedoeld zijn de verslagen van kamerbezoeken door een COA- medewerker. Ook is de vermelding van de data van deze bezoeken incompleet; daarbij ontbreekt 3 september 2012. Bij de brieven van de psychiater, slechts zijnde medicatieoverzichten, vermeldt zij ook een verkeerde datum. Deze onjuistheden zijn slordig. Ofschoon deze slordigheden niet leiden tot de conclusie van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen door de arts, passen deze niet bij de hiervoor uiteengezette zorgvuldigheidseisen althans het kenbaar maken van het bewustzijn van het belang en de consequenties van deze BMA-adviezen voor belanghebbenden. Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel volgt naar het oordeel van het college uit de stukken dat bij klaagster sprake was van een bijzondere complexe vorm van PTSS. De arts noemt in het advies van 15 mei 2012 onder vraag 1b de daarbij opgesomde klachten een gevolg van of

behorend bij de diagnose PTSS. Hoewel de arts aangeeft dat er sprake is van achtervolgingsideeën en dat er door de behandelend arts ook aan een psychose wordt gedacht, betreft de arts dit niet in haar overwegingen. De psychotische klachten had de arts afzonderlijk moeten beschouwen en bij de beantwoording van de vragen in het rapport – en in het bijzonder bij vraag 3 naar de mogelijkheid van ontstaan van een noodsituatie bij afwezigheid van de behandeling – afzonderlijk dienen te beoordelen. Daarnaast concludeert de arts in het aanvullend advies van 10 januari 2013 ten onrechte dat de nieuwe medische informatie dezelfde informatie betrof als die ten grondslag lag aan het eerste advies van 15 mei 2012. Deze conclusie is niet juist. Uit de medische informatie van de psychiater bij de aanvraag voor het aanvullende medisch advies volgt dat er sprake was van toegenomen klachten en wijziging en verhoging van medicatie. Een en ander had aanleiding moeten zijn voor de arts om nader onderzoek te doen en de psychiater om een toelichting te vragen, met behulp van de bij de aanvraag gesloten toestemmingsverklaring van klaagster. Dit klachtonderdeel is gegrond. Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel geldt dat de arts de mogelijke alternatieve medicatie als groep heeft benoemd. In het algemeen bestaat er – naar de arts had moeten weten – nu juist bij deze medicatie met zeer specifieke eigenschappen een relatief grote kans dat dergelijke alternatieve middelen niet even goed werkzaam zijn. De arts had de psychiater daarom moeten benaderen voor overleg of informatie over de mogelijkheden van de alternatieve middelen in klaagsters individuele situatie, om te verifiëren of dat in haar geval daadwerkelijk en in redelijkheid als vergelijkbare behandeling kon worden beschouwd. Dit klachtonderdeel is dus ook gegrond. Het staat vast dat de arts de beschikking had over medisch informatie van de huisarts van 24 november 2011. Er was niet verzocht om meer recentere informatie bij de huisarts op te vragen. De arts had geen aanleiding om hiertoe over te gaan en ook niet om aan te nemen dat deze informatie aanwezig was. Het derde klachtonderdeel is daarmee niet gegrond. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. Aan de arts wordt de maatregel van waarschuwing opgelegd.

Het CTG overweegt als volgt.

Bij brief van 8 februari 2012 heeft de IND medisch advies gevraagd aan het BMA ter beoordeling of verwijdering van klaagster schending van artikel 3 EVRM tot gevolg heeft. Daartoe diende onder meer vraag 3 beantwoord te worden, luidend: 'Bevindt betrokkene zich onder de gegeven behandeling in een terminaal en direct levensbedreigend stadium van een ziekte en kunt u daarnaast aangeven of de ziekte in kwestie als ongeneeslijk dient te worden aangemerkt?'. Vraag 4b luidt: 'Lijdt betrokkene hierbij aan een ziekte, waarvoor in Nederland behandeling is geïndiceerd, maar die, indien behandeling na terugkeer ontbreekt, uitblijft dan wel onvoldoende is, binnen afzienbare termijn (tot 3 maanden) een onomkeerbaar proces naar de dood tot gevolg zal hebben?'. In haar advies van 15 mei 2012 heeft de arts beide vragen

gemotiveerd met 'nee' beantwoord. Met als kop 'Aanvraag medisch advies art. 64' heeft de IND het BMA, onder verwijzing naar het medisch advies van 15 mei 2012, op 14 december 2012 meegedeeld dat aanvullende medische informatie is ontvangen en gevraagd of die informatie aanleiding vormt het eerdere medische advies te herzien dan wel aan te vullen en zo ja, op welke wijze. De arts heeft daarop op 10 januari 2013 gemotiveerd aangegeven dat het advies van het BMA van 15 mei 2012 gehandhaafd kan blijven. Indien aan het BMA een advies wordt gevraagd in verband met artikel 64 Vreemdelingenwet worden soortgelijke vragen gesteld als bij een advies naar aanleiding van artikel 3 EVRM. Vraag 3 luidt in dat geval: 'Zal, gelet op de huidige medisch inzichten, het uitblijven van de onder 2 genoemde behandeling leiden tot een medische noodsituatie op korte termijn?' Het voor artikel 3 EVRM aan te leggen criterium is daarmee (iets) strikter dan de toets die in het licht van artikel 64 Vreemdelingenwet wordt gevraagd. De arts stelt in de eerste beroepsgrond dan ook terecht dat het RTG ten onrechte melding maakt van het criterium van artikel 64 Vreemdelingenwet ('een medische noodsituatie') in plaats van de meer stringente toets van artikel 3 EVRM. Klaagster heeft daartegen weliswaar aangevoerd dat de toets aan artikel 64 Vreemdelingenwet in het licht van (de kop van) het verzoek om aanvullend medisch advies – waarin immers met zo veel woorden wordt gerefereerd aan artikel 64 Vreemdelingenwet – juist was, maar het CTG volgt haar daarin niet. Er wordt slechts om een aanvullend advies gevraagd en de daarin door de arts te beantwoorden vragen zijn niet gewijzigd ten opzichte van het eerste (art. 3 EVRM) verzoek. De verwijzing in het briefhoofd naar artikel 64 moet dan ook op een vergissing berusten. De beroepsgronden 2 en 3 richten zich beide tegen de overweging van het RTG waarin, voor zover relevant, wordt geoordeeld dat bij klagster sprake was van een bijzondere complexe vorm van PTSS, dat de arts heeft aangegeven dat door de behandelend arts aan een psychose wordt gedacht en dat de arts de psychotische klachten van klagster afzonderlijk had moeten beschouwen en beoordelen, in het bijzonder bij vraag 3 betreffende de mogelijkheid van het ontstaan van een noodsituatie bij afwezigheid van de behandeling. Voorts is het RTG van oordeel dat de arts in het licht van de aanvullende medische informatie, waaruit volgt dat sprake was van toegenomen klachten en verhoging van medicatie, nader onderzoek had moeten doen en de psychiater om een toelichting had moeten vragen. Een advies van een arts dient te voldoen aan de criteria zoals deze door het CTG in zijn uitspraak van 30 januari 2014, onder nummer C2012.100, zijn geherformuleerd (ECLI:NL:TGZCTG:2014:17). Daarbij geldt dat de door het BMA ingeschakelde arts in het advies de concrete door de IND gestelde vragen dient te beantwoorden. Dat sprake zou zijn van een bijzondere complexe vorm van PTSS volgt niet uit de brieven van de behandelaars van 22 maart 2012 en 13 juni 2012, terwijl de arts in haar advies van 15 mei 2012, anders dan het RTG stelt, niet heeft aangegeven dat door de behandelend arts aan een psychose wordt gedacht. Zij heeft daarin slechts vermeld wat ook de behandelaars aangeven in hun brieven, te weten dat het moeilijk is om onderscheid te maken

tussen wat angst en psychotische problematiek is. Uit het advies blijkt dat zij de gehele medische achtergrond van klaagster heeft meegewogen. Bij vraag 3 heeft zij geconcludeerd dat de medische klachten van klaagster niet zo ernstig waren dat sprake was van een terminaal of direct levensbedreigend stadium en bij vraag 4 dat er onvoldoende aanwijzingen zijn dat bij het uitblijven van behandeling binnen drie maanden een onomkeerbaar proces naar de dood zal volgen. Daarbij heeft zij opgemerkt dat klaagster niet gedwongen opgenomen is geweest vanwege een ontstane crisissituatie en dat geen gevaar opleverende situaties zijn beschreven die zijn ontstaan door psychotische symptomen. Daaruit blijkt nadrukkelijk dat zij ook de psychotische klachten van klaagster heeft meegewogen. Het is niet noodzakelijk dat zij deze bij de beantwoording van de vragen steeds afzonderlijk vermeldt, althans bij de beantwoording van vraag 3 (de medische noodsituatie, wat in het onderhavige geval dus niet de juiste toets is), zoals het RTG kennelijk meent. Het advies van 15 mei 2012 voldoet dan ook aan alle hiervoor geformuleerde criteria en de arts heeft in redelijkheid tot haar conclusie kunnen komen. Wat betreft het aanvullende advies van 10 januari 2013 overweegt het CTG dat de arts beschikte over voldoende recente en consistente medische informatie. Zoals de arts ter zitting in beroep nogmaals heeft benadrukt, vormden de verergering van de klachten en de verhoging van de medicatie als zodanig geen reden om te concluderen dat nu wel zonder behandeling bij klaagster binnen afzienbare tijd een onomkeerbaar proces naar de dood zou volgen. Een toegenomen doodswens is daartoe, ook naar het oordeel van het CTG, onvoldoende. Van een gedwongen opname, een suïcidepoging of andere suïcidale gestes was nog steeds geen sprake. Voor het overige waren de medische gegevens niet gewijzigd. Daarom was er ook onvoldoende aanleiding om nader onderzoek te doen of met de behandelaars te overleggen. Uit het voorgaande volgt dat het oordeel van het RTG ter zake vernietigd moet worden en het eerste klachtonderdeel moet worden afgewezen. In de vierde beroepsgrond voert de arts tot slot aan dat ten onrechte is geoordeeld dat de arts de psychiater had moeten benaderen voor overleg of informatie over de mogelijkheden van de alternatieve geneesmiddelen in klagsters individuele situatie. Ook deze beroepsgrond wordt terecht voorgedragen. Het aan klaagster voorgeschreven antipsychotische middel (haldol) is in E. voorhanden, evenals behandeling door een psycholoog en/of psychiater. In het advies van 15 mei 2012 vermeldt de arts dat het aan klaagster voorgeschreven (antidepressivum) mirtazapine in E. niet aanwezig is, maar wel alternatieven zoals citalopram, escitalopram, fluoxetine, paroxetine en sertraline. Een BMA-arts dient zo mogelijk nader onderzoek te verrichten, indien de gegevens in het dossier van de aanvrager van een verblijfsvergunning aanleiding moeten zijn gerede twijfel te hebben over de effectiviteit voor de aanvrager van de in het algemeen verkrijgbare medische behandeling in het land van herkomst of bestemming en de BMA-arts moet onder ogen zien of er gerede twijfel kan bestaan over de effectiviteit van de behandeling in dat land, met name gelet op de aard van het trauma van de aanvrager en de

omstandigheden waaronder dat is veroorzaakt. Naar het oordeel van het CTG brengt dit uitgangspunt niet mee dat, in het geval waarin vaststaat dat de medicamenten waarop de aanvrager is ingesteld niet voorhanden zijn in het land van herkomst of bestemming, maar ter plaatse wel alternatieve medicatie beschikbaar is, de BMA-arts behoort te onderzoeken en zeker te stellen dat die alternatieve medicatie daadwerkelijk effectief zal zijn voor de behandeling van de aanvrager. Dit kan anders zijn indien uit het dossier blijkt van medische feiten, zoals de medische voorgeschiedenis van de aanvrager, die een aanwijzing vormen dat de alternatieve medicatie niet of onvoldoende effectief zal zijn (CTG 13 februari 2014, C2012.312, ECLI:NL:TGZCTG:2014:60 en CTG 27 januari 2015, C2014.333). Van een dergelijke contra-indicatie is in het onderhavige geval niet gebleken. Dat betekent dat de uitspraak van het RTG ook op dit punt moet worden vernietigd en ook het tweede klachtonderdeel moet worden afgewezen. Dat de arts op grond van nadere informatie, die stamt van na de hiervoor genoemde adviezen, in haar advies van 29 juli 2014 tot een andere conclusie komt, maakt het voorgaande niet anders. Het CTG wijst de klacht alsnog af.

mr. C. Velink

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 24-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2015:101

Zaaknummer: C2014.228

Wetsartikelen: 3 EVRM, 47 lid 1 Wet BIG en 64 Vw 2000

RECHTSPRAAK

X/Y

Klager verwijt BMA-arts dat de medische adviezen onvoldoende deskundig en zorgvuldig tot stand zijn gekomen. RTG legt maatregel van waarschuwing op. CTG wijst klacht af.

Klager heeft de D.-se nationaliteit. Klager heeft op 6 september 2011 bij de IND op grond van de Vreemdelingenwet een aanvraag om een verblijfsvergunning 'regulier' ingediend, onder de beperking 'het ondergaan van een medische behandeling' dan wel 'vanwege een medische noodsituatie'. In het kader daarvan heeft de IND medisch advies gevraagd over klager aan het BMA. De arts is als medisch adviseur werkzaam bij het BMA en heeft op 17 november 2011 naar aanleiding van de aanvraag van de IND een advies over klager uitgebracht. Na een verzoek daartoe van de IND heeft de arts op basis van ontvangen nieuwe medische informatie van de behandelaar van klager op 18 oktober 2012 opnieuw een advies uitgebracht, dat gelijkluidend was aan het eerder afgegeven BMA-advies. In aanvulling hierop heeft de arts op verzoek van de IND op 8 januari 2013 nog een advies uitgebracht, waarin zij persisteerde bij het daarvoor gegeven advies.

Het RTG overweegt als volgt.

Vooropgesteld dient te worden dat de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie beslist over het verblijf van de vreemdeling in Nederland. Het is de taak van de (door BMA) ingeschakelde arts om een medisch advies uit te brengen indien de IND dat in het kader van de vreemdelingenrechtelijke procedure verzoekt. De arts die een zodanig advies uitbrengt begeeft zich daarmee op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Volgens vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie dient een zodanig advies vanuit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid te voldoen aan een vijftal eisen. Verder wordt vooraf overwogen dat de arts, die geen behandelaar van klager is, als medisch adviseur naar aanleiding van de vraagstelling van de IND in het kader van de medische noodsituatie uitsluitend dient te beoordelen of er een medische noodsituatie zou ontstaan op korte termijn als de behandeling gestaakt zou worden, en of behandeling in algemeen medisch-technische zin op enige plaats in het land van herkomst aanwezig is. De arts heeft betwist dat zij in het

eerste advies van 17 november 2011 de conclusie heeft opgenomen dat mantelzorg een noodzakelijk onderdeel van de behandeling van klager uitmaakt. Het college stelt vast dat in dit advies staat dat klager mantelzorg nodig heeft en naar de aard van de behandeling wordt vermeld dat naast medicatie aan klager in de praktijk door familie bij wie hij woont mantelzorg wordt verleend, waarna staat dat zonder behandeling een noodsituatie zal ontstaan. Dat mantelzorg ingevolge – het in samenhang bezien van – deze antwoorden beschouwd kan worden als een noodzakelijk onderdeel van de behandeling en dat zonder (onder meer) deze mantelzorg een noodsituatie zal ontstaan, komt overeen met de verdere toelichting van de arts 'dat er een opname is geïndiceerd (geweigerd uit angst door betrokkene) maar dat door afspraken met betrokkene, wekelijkse contacten met behandelaar en instructie van de mantelzorgers ambulante therapie toch kon volstaan'. Op grond hiervan is de conclusie gerechtvaardigd dat volgens de arts de medicatie met de verleende mantelzorg als alternatief kon gelden voor een geïndiceerde opname en tevens dat zonder (onder andere) die mantelzorg een medische noodsituatie zou ontstaan. In het volgend advies van 18 oktober 2012 stelt de arts in dit verband dat een vriend bij wie klager in huis kan wonen de zorg van een familielid heeft overgenomen. Daarna wordt gesteld dat 'niet is aangegeven dat klager voor het welslagen van de behandeling afhankelijk is van een ander: er zijn geen aanwijzingen dat betrokkene niet zelfstandig naar de behandelaar kan gaan en geen zorg kan dragen voor zijn medicatie'. In het laatste advies van 8 januari 2013 mantelzorg licht de arts toe: 'Wat betreft mantelzorg: ook hierover is al aangegeven dat er geen aanwijzingen zijn dat voor het welslagen van de behandeling mantelzorg nodig is. Hiermee wordt dan bedoeld het bezoeken van de therapeut en het innemen van medicijnen. In de stukken is genoemd dat 'als betrokkene zo ziek is dat hij niet weet waar hij is, zijn vriend de medicatie aangeeft'. Dit betreft dus een incidenteel geval en wordt niet als structureel genoemd. Het onderdeel mantelzorg heeft de arts in haar adviezen niet eenduidig beschreven. In de eerste twee adviezen is daarvan geen inhoudelijke omschrijving gegeven behalve dat de betreffende mantelzorg door een familielid respectievelijk een vriend werd gegeven bij wie klager inwoonde. Waar de arts in het eerste advies aangeeft dat klager als onderdeel van de behandeling mantelzorg (nodig) heeft en zonder (onder andere) mantelzorg een opname geïndiceerd zou zijn, wijst de arts bij gebreke van aanwijzingen volgens de afhankelijkheid van deze zorg af, waarna de arts in het laatste advies zonder nadere onderbouwing op dit onderdeel de zorg als incidenteel benoemt in plaats van structureel. Het college is van oordeel dat de arts ten onrechte heeft gesteld dat er geen aanleiding was om haar adviezen te wijzigen. Zij heeft deze wijziging van haar standpunt in elk geval niet gemotiveerd. De arts heeft ten onrechte het onderdeel betreffende de mantelzorg in haar adviezen en de conclusies in dat verband althans het wijzigen van die conclusies onvoldoende inzichtelijk onderbouwd. Het college heeft geen aanwijzingen voor het oordeel dat er aanleiding was voor de arts om in

aanvulling op de door haar ontvangen informatie over de behandeling klager persoonlijk uit te nodigen. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht deels gegrond is. De maatregel van waarschuwing wordt opgelegd.

Het CTG overweegt als volgt.

De kern van de vraag die aan het Centraal Tuchtcollege voorligt, is of mantelzorg al dan niet een noodzakelijk onderdeel van de behandeling van klager vormt. Ter zitting in beroep heeft de arts toegelicht dat zij nooit, ook niet in haar eerste advies van 17 november 2011, heeft gesteld dat dat het geval was. In het antwoord op vraag 1b heeft zij aangegeven dat opname geïndiceerd is geacht en dat de behandelaar van klager heeft vermeld dat klager niet zelfstandig kan functioneren en mantelzorg nodig heeft. Bij de beantwoording van de vragen 1 en 2 verlaat zij zich op de medische informatie die zij heeft ontvangen, aldus de arts; zij geeft daarin niet haar eigen mening of conclusies weer. Uit haar, door het RTG geciteerde, antwoord op vraag 3 blijkt dat twee behandelingen mogelijk zijn: opname is geïndiceerd, maar volstaan kon worden met ambulante therapie, door 'afspraken met betrokkene, wekelijkse contacten met behandelaar en instructie van de mantelzorgers'. In haar antwoord op vraag 4b geeft de arts aan dat er in F. drie psychiaters zijn, alsmede *'indien opname nodig zou zijn'*, een mental health hospital. Naar aanleiding van vraag 5 geeft de arts aan dat therapie in D. mogelijk is. In haar volgende advies, van 18 oktober 2012, geeft de arts in haar antwoord op vraag 2b aan: 'Er is niet aangegeven dat de betrokkene voor het welslagen van de behandeling afhankelijk is van een ander: er zijn geen aanwijzingen dat betrokkene niet zelfstandig naar de behandelaar kan gaan en geen zorg kan dragen voor zijn medicatie'. Voorts geeft zij (in antwoord op vraag 5b) aan dat het haar onbekend is of mantelzorg aanwezig is in het land van herkomst en dat een onderzoek daarnaar buiten de competentie van de medisch adviseur valt. In het aanvullende advies van 8 januari 2013 stelt de arts: 'Wat betreft mantelzorg: ook hierover is al aangegeven dat er geen aanwijzingen zijn dat voor het welslagen van de behandeling mantelzorg nodig is. Hiermee wordt dan bedoeld het bezoeken van de therapeut en het innemen van medicijnen. In de stukken is genoemd dat "als betrokkene zo ziek is dat hij niet weet waar hij is, zijn vriend de medicatie aangeeft". Dit betreft dus een incidenteel geval en wordt niet als structureel genoemd'. Dat de drie adviezen onderling tegenstrijdig zouden zijn, en met name dat uit het eerste advies, anders dan uit de latere adviezen, zou blijken dat mantelzorg noodzakelijk zou zijn, is het CTG niet gebleken. De arts heeft in haar adviezen geconcludeerd dat het staken van de behandeling zou leiden tot een medische noodsituatie. In het Protocol Bureau Medische Advisering van de IND van oktober 2010 wordt het begrip 'medische noodsituatie' als volgt gespecificeerd: 'Het achterwege blijven van de medische behandeling zal naar alle waarschijnlijkheid op korte termijn leiden tot betrokkene's overlijden, dan wel een (vrijwel) volledig verlies van ADL-zelfstandigheid (activiteiten

dagelijks leven) of gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz)'. Die behandeling bestaat in het onderhavige geval uit ambulante therapie, maar indien die niet het gewenste effect heeft, kan opname als alternatief dienen. Het uitblijven van het een of het ander zal tot een medische noodsituatie leiden, zo heeft de arts geconcludeerd. Dat mantelzorg een noodzakelijk onderdeel voor het slagen van de behandeling van klager vormt, is door de arts niet gesteld. Zij hoefde dit ook niet. Onder 'mantelzorg' wordt blijkens de Vreemdelingencirculaire (paragraaf A3/7) door de IND verstaan de vanwege de aard van de medische aandoening noodzakelijke verzorging van de vreemdeling door derden. De mantelzorg moet een essentieel onderdeel zijn van de medische behandeling. Nu de arts heeft vastgesteld dat klager voor zijn medische behandeling, te weten het innemen van zijn medicatie en het bezoeken van zijn behandelaar, niet afhankelijk is van de hulp van een ander, kon de arts concluderen dat er geen sprake is van noodzakelijke mantelzorg. Hieraan doet niet af dat, zoals de arts ook heeft erkend, de begeleiding en steun die klager van zijn familie en vervolgens zijn vriend heeft ontvangen (en nog ontvangt) voor hem zeer waardevol is. De arts had dit wellicht in haar adviezen duidelijker kunnen toelichten, maar een tuchtrechtelijk verwijt kan haar daarvan niet worden gemaakt. De uitspraak van het RTG kan om die reden niet in stand blijven. Anders dan het RTG heeft overwogen, is van een onvoldoende inzichtelijke onderbouwing van het advies niet gebleken zodat de klacht moet worden afgewezen. Het CTG wijst de klacht af.

mr. C. Velink

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 24-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2015:102

Zaaknummer: C2014.229

RECHTSPRAAK

X/Y

Klager verwijt BMA-arts dat zij onjuiste, onvolledige en onzorgvuldig adviezen heeft uitgebracht, waarin zij onder andere het ziektebeeld van klager heeft miskend en onvoldoende is ingegaan op de voorwaarden voor verantwoorde uitzetting. RTG heeft maatregel van waarschuwing opgelegd. CTG wijst de klacht alsnog af.

Klager, afkomstig uit E., is gevlucht en op 27 oktober 2001 in Nederland binnengekomen. Zijn twee verzoeken bij de IND voor een verblijfsvergunning asiel werden afgewezen. Deze afwijzingen zijn in beroep en hoger beroep in stand gebleven. In verband met de medische toestand van betrokkene is door klager op 17 december 2010 bij de IND een verzoek ingediend tot uitstel vertrek op grond van artikel 64 Vreemdelingenwet 2000 (Vw 2000). Bij brief van 30 december 2010 heeft de IND aan het BMA medisch advies gevraagd over klager. Het advies is gevraagd in het kader van de beoordeling van de vraag of sprake is van een situatie als bedoeld in artikel 64 Vw 2000. De arts, als medisch adviseur werkzaam bij het BMA, was met het advies belast. Ten behoeve van de advisering heeft de arts, behalve dat zij beschikte over de door de IND aan haar toegezonden medische informatie, tevens informatie opgevraagd bij de behandelaars van klager, nl. F., psychiater en G., sociaal psychiatrisch verpleegkundige, beiden werkzaam bij ggz H. De behandelaars hebben gereageerd bij brief van 19 januari 2011. De arts heeft in het advies kort gezegd geconcludeerd dat geen sprake is van een medische noodsituatie op korte termijn. De arts heeft bij brief gedateerd 3 februari 2011 advies uitgebracht aan de IND. In het kader van de bezwaarschriftprocedure tegen de afwijzing van het verzoek ex artikel 64 Vw 2000 heeft de IND van de advocaat van klager nieuwe medische informatie ontvangen waaronder ook een reactie op het advies van het BMA, door een namens klager geraadpleegde medisch adviseur. De IND heeft de BMA verzocht te reageren op de ontvangen medische reactie op het advies. De arts heeft als behandelend medisch adviseur van het BMA, ten behoeve van de beantwoording van de vraag van de IND en gelet op het verschil van mening een psychiatrische expertise gevraagd bij I., psychiater/neuroloog die plaatsgevonden heeft op 11 augustus 2011. Bij brief van 3 april 2012 heeft de IND opnieuw aan het BMA een medisch advies gevraagd over klager.

Het RTG overweegt als volgt.

Vooropgesteld dient te worden dat de staatssecretaris van Veiligheid en Justitie beslist over het verblijf van een vreemdeling in Nederland. Het is de taak van de (door BMA) ingeschakelde arts om medisch advies uit te brengen indien de IND dat in het kader van een vreemdelingenrechtelijke procedure verzoekt. De arts die een zodanig advies uitbrengt begeeft zich daarmee op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Volgens vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie dient een zodanig advies vanuit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid te voldoen aan een vijftal eisen. Ten aanzien van het advies van 3 februari 2011 wordt allereerst overwogen – klachtonderdeel 1 – dat de arts ten behoeve van haar advisering informatie heeft opgevraagd bij de behandelaars van klager. Vervolgens heeft zij in haar advies bij de beantwoording van de vragen 1a. t/m 2c. de door de behandelaars omschreven medische klachten en de behandeling die klager op dat moment onderging vermeld. Anders dan klager in dit kader heeft aangevoerd, bestond er voor de arts geen verplichting om hem op te roepen voor een spreekuuronderzoek. Ook kan niet worden gezegd dat – gezien de beantwoording van vraag 3. – de arts onvoldoende heeft onderzocht en/of onderkend hoe ernstig het ziektebeeld van klager was. De vraag die de arts onder 3. diende te beantwoorden luidde of er sprake was van een medische noodsituatie op korte termijn. Niet gebleken is dat de negatieve beantwoording van deze vraag door de arts ongemotiveerd is geschied. De inschatting van de arts dat hier geen sprake van was heeft zij objectief toegelicht door het volgende eraan toe te voegen: 'Er is namelijk geen opname indicatie beschreven, geen geobjectiveerde zelfmoordpoging, en er is geen gevaarlijke situatie ontstaan door ernstige psychische symptomen'. Ook uit de beantwoording van vraag 4. blijkt dat de arts rekening heeft gehouden met het ziektebeeld van klager en heeft zij in dat kader medische voorzieningen geadviseerd bij het eventuele reizen. Het college acht dit klachtonderdeel dan ook ongegrond. Wat betreft het tweede klachtonderdeel overweegt het college als volgt. De arts heeft uiteengezet dat de IND in het kader van de diverse stadia van de bestuursrechtelijke procedures in het kader van het vreemdelingenrecht een advies, aanvullend advies, dan wel een nieuw advies aan het BMA kan vragen. Daarnaast wordt in het Protocol Bureau Medische Advisering ook geadviseerd om geen beslissingen te nemen op een medisch advies dat ouder is dan zes maanden. De arts heeft uiteengezet dat binnen het BMA de praktijk is dat de arts die een eerder advies over een vreemdeling heeft uitgebracht ook belast wordt met het verstrekken van een aanvullend advies dan wel het uitbrengen van een nieuw advies omdat deze arts het dossier van de vreemdeling kent. Het college overweegt dat – anders dan klager heeft gesteld – ten aanzien van de medische advisering door een BMA- arts in de verschillende fases van een bestuursrechtelijke procedure in het kader van het vreemdelingenrecht niet de eisen gelden die ten aanzien van de betrokkenheid van de behandelende IND-functionarissen bij die procedures, zoals bij de behandeling van een

bezwaar, gelden. Er kan daarom ook niet gesproken worden van een 'bezwaararts' zoals door klager aangevoerd. Uit het feit dat de arts op verschillende momenten in de diverse fases van een bestuursrechtelijke procedure van klager tegen de IND, aan de IND desgevraagd over klager heeft geadviseerd, in het bijzonder op de hier aan de orde zijnde momenten van 3 februari 2011 en 14 augustus 2012, volgt niet dat dit ontoelaatbaar of onzorgvuldig is geweest. Bovendien geldt de advisering van een BMA-arts als een onafhankelijk verstrekt advies aan de IND. De IND, en niet de BMA-arts is verantwoordelijk voor de besluitvorming in het kader van het vreemdelingenrecht. Voor zover klager zich ter zitting op het standpunt heeft gesteld dat de arts ook na het advies van 14 augustus 2012 nog vele malen aan de IND over klager heeft geadviseerd en dat wellicht ook in de toekomst zal blijven doen, hetgeen klager onwenselijk acht, merkt het college op dat de latere adviezen van de arts niet binnen het kader van deze procedure vallen. Het is overigens in zijn algemeenheid te betwijfelen of de BMA-arts, die in het verleden meer dan eens in negatieve zin heeft geadviseerd aangaande de gezondheidstoestand van een asielzoeker, er goed aan doet om zich met de advisering te blijven belasten, ook al zou de IND dit ter wille van de continuïteit prefereren. Ten aanzien van het verwijt aan de arts dat zij in haar brief van 15 april 2011 aan de psychiater I., die daarin de opdracht heeft gekregen een psychiatrische expertise uit te voeren naar klager, niet de juiste vragen heeft gesteld, is het college van oordeel dat deze stelling geen hout snijdt. Uit de vragen die door de arts in die opdrachtbrief zijn geformuleerd blijkt niet dat slechts is ingezoomd op de aanwezige suïcidaliteit. Er is door de arts in die brief naar verschillende aspecten van het ziektebeeld van klager gevraagd, onder andere klachten, behandeling, prognose enzovoort. Ook heeft de arts nadrukkelijk gevraagd naar de afhankelijkheid van de mantelzorg/zorg van derden. Dit klachtonderdeel is eveneens ongegrond. Ten aanzien van het klachtonderdeel 3, gericht tegen het advies van de arts van 14 augustus 2012 overweegt het college als volgt. De arts heeft ter voorbereiding van haar advies I. aangeschreven, met toezending van nieuwe verklaringen van derden waarin werd gesteld dat de situatie van klager inmiddels verergerd was, en hem om een reactie gevraagd. De arts is ook zelf degene geweest die namens het BMA in een eerdere fase I. had ingeschakeld voor een psychiatrische expertise. Uit de ontvangen reactie van I., met name de passage zoals hiervoor onder 2.5 geciteerd, blijkt dat – gezien de tijd die verstreken was tussen zijn expertise (ongeveer een jaar ervoor) en de door derden gestelde verslechterde toestand van klager – wellicht een follow-up aangewezen was. Desondanks heeft de arts geen follow-up onderzoek van klager bij I. geïnitieerd en heeft zij op 14 augustus 2012 een medisch advies verstrekt aan de IND. Daarin stelde zij dat geen sprake is van een medische noodsituatie op korte termijn en in de toelichting op haar negatieve beantwoording van vraag 3. verwijst zij – blijkens de passage geciteerd onder 2.6 – naar de expertise verricht door I. Nu deze expertise verouderde informatie bevatte, nu inmiddels signalen waren ontvangen dat de situatie van klager was

verslechterd en nu I. zelf de mogelijkheid van een follow-up had genoemd, had de arts niet zonder nadere redengeving het eerder gegeven advies mogen handhaven. Daarbij geldt ook dat zij niet zelf over psychiatrische deskundigheid beschikt. Aldus heeft zij onzorgvuldig gehandeld door zonder nader psychiatrisch onderzoek het medisch advies van 14 augustus 2012 te verstrekken. Dit klachtonderdeel is dan ook gegrond. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht gedeeltelijk gegrond is. De maatregel van waarschuwing wordt opgelegd.

Het CTG overweegt als volgt.

Uit het (tweede) advies van de arts van 14 augustus 2012 blijkt dat de arts ten behoeve van haar advies kennis heeft genomen van een expertiserapport van I., psychiater/neuroloog van 23 augustus 2011; een brief van J., maatschappelijk werker, van 22 maart 2012; een brief van K., arts, van 16 april 2012 en een brief van F., psychiater, van 26 maart 2012, mede ondertekend door G., sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Met toestemming van klager heeft de arts vervolgens informatie gevraagd en verkregen van F. en de brieven van 22 maart 2012 en 16 april 2012 ter beoordeling voorgelegd aan I., die daarop op 21 juni 2012 een reactie heeft gegeven. I. heeft in zijn brief van 21 juni 2012 te kennen gegeven dat hij kennis heeft genomen van de brieven van 22 maart 2012 en 16 april 2012 en dat in die brieven een lans wordt gebroken voor een voortgaand verblijf van klager in Nederland. Dit omdat men de situatie sinds het onderzoek door I. op 11 augustus 2011 als verslechterd ziet. Daarover kan hij, I., vanzelfsprekend niet oordelen omdat hij betrokkene niet meer gezien heeft. Gelet op de beschreven verslechtering zou een follow-up onderzoek misschien aangewezen zijn, aldus I. De arts heeft in haar advies geconcludeerd dat, bij uitblijven van de behandeling, op korte termijn geen medische noodsituatie wordt verwacht. De arts heeft zorgvuldig gehandeld door de heer I. nogmaals te benaderen. Laatstgenoemde heeft niet aangegeven dat een nieuwe expertise geïndiceerd was, maar een follow-up 'misschien aangewezen'. Dat op dat moment sprake was van een verslechterde situatie betreft een momentopname; daarmee is niet gegeven dat die verslechtering een progressief karakter droeg. Nu ook uit de recente informatie geen concrete aanwijzingen voor suïcide bleken, kan de arts geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt van het feit dat zij geen aanleiding heeft gezien om aan de door I. geopperde suggestie gevolg te geven. In het licht van de door het CTG geherformuleerde criteria waaraan het advies van een arts dient te voldoen (CTG 30 januari 2014, C2012.100, ECLI:NL:TGZCTG:2014:17), heeft de arts, gegeven alle recente informatie, in redelijkheid tot haar conclusie kunnen komen geen aanleiding te zien haar oorspronkelijke advies te wijzigen. De arts heeft in beroep voorts terecht gesteld dat het RTG ten onrechte heeft overwogen dat zij 'niet zelf over psychiatrische deskundigheid beschikt'. Het CTG verwijst daartoe naar zijn eerdere uitspraak van 20 december 2012 (C2011.348, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2522) waarin is overwogen dat als uitgangspunt heeft te gelden dat de BMA-arts de kennis en kunde bezit,

althans geacht wordt te bezitten, om aan de hand van de beschikbare medische gegevens de hem of haar gestelde vragen van een deskundig antwoord te voorzien. Dat de BMA-arts in het voorliggende geval een opgeleid medisch adviseur is maar geen psychiater, vormt geen reden om van dit uitgangspunt af te wijken. Uit het voorgaande volgt dat de uitspraak van het RTG op deze punten geen stand kan houden. Daaraan wordt toegevoegd dat het CTG de overweging ten overvloede van het RTG *'Het is overigens in zijn algemeenheid te betwijfelen of de BMA arts, die in het verleden meer dan eens in negatieve zin heeft geadviseerd aangaande de gezondheidstoestand van een asielzoeker, er goed aan doet om zich met de advisering te blijven belasten, ook al zou de IND dit ter wille van de continuïteit prefereren'* niet zonder meer overneemt.

mr. C. Velink

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 24-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2015:103

Zaaknummer: C2014.230

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG en 64 Vw 2000

RECHTSPRAAK

X/Y***Klaagster verwijt apotheker dat zij zonder enige grond de farmaceutische zorg heeft geweigerd en het recht van klaagster op vrije apothekerskeuze heeft geschonden. Waarschuwing.***

Klaagster is patiënte geweest bij apotheek F te D. Verweerster is als apotheker werkzaam in de apotheek. Op 30 mei 2014 heeft klaagster de apotheek bezocht met een recept Esomeprazol 20 mg capsules, 60 stuks. Hierop stond de aantekening 'moet Nexium zijn'. Dit recept was voorgeschreven door haar MDL-arts. Naast het recept heeft zij ook een door haar MDL-arts ondertekende 'Verklaring Medische Noodzaak Geneesmiddel' overgelegd. Klaagster was bij een eerder bezoek aan de apotheek door de apothekersassistente gewezen op het feit dat alleen het generieke medicijn Esomeprazol kosteloos kon worden afgenomen, tenzij zij een verklaring als voornoemd kon overleggen. Klaagster heeft toen het medicijn Nexium (een spécialité) tegen betaling afgenomen. Verweerster was op 30 mei 2014 niet aanwezig in de apotheek. Klaagster werd die middag geholpen door de apothekersassistente G. Van haar vernam klaagster dat zij (G) op dat moment slechts het generieke medicijn Esomeprazol kosteloos kon afgeven. G heeft toen geen uitsluitel gegeven/kunnen geven of het medicijn Nexium, dat niet standaard voorradig was in de apotheek en moest worden besteld, aan klaagster zou worden vergoed. Voorgesteld werd te wachten tot maandag 2 juni 2014 om hierover nadere inlichtingen van verweerster zelf te krijgen. Een tweede assistente heeft klaagster nog nadere uitleg gegeven. Een collega-apotheker die op 30 mei 2014 wel werkzaam was in de apotheek werd niet bij het contact met klaagster betrokken. Klaagster accepteerde deze afhandeling niet en verzocht om uitsluitel over de vergoeding. Uiteindelijk heeft klaagster zonder medicatie de apotheek verlaten. Een in de procedure door verweerster overgelegde bestelbon voor het medicijn Nexium maakt duidelijk dat de apothekersassistenten op vrijdag 30 mei 2014 het medicijn Nexium in twee sterktes hebben besteld. Op 2 juni 2014 heeft verweerster klaagster telefonisch bericht dat zij niet meer welkom was in de apotheek en haar geen farmaceutische zorg meer geboden zou worden. Wel kon zij het ingediende recept nog diezelfde dag ophalen bij de apotheek, zonder verstrekking van de voorgeschreven medicatie. De dochter van klaagster heeft het recept vervolgens op 2 juni 2014 opgehaald.

Het RTG overweegt als volgt.

De klacht betreft in de kern het wel of niet geoorloofd opzeggen van de behandelovereenkomst door verweerster op 2 juni 2014. Op 30 mei 2014 heeft klaagster, die al vele jaren patiënte was bij de apotheek, het in de feiten genoemde recept ingeleverd. Uit de jarenlange inschrijving van klaagster bij de apotheek mag een behandelovereenkomst worden verondersteld. In ieder geval kwam een behandelovereenkomst tot stand toen klaagster het recept op 30 mei 2014 bij de apotheek inleverde met het verzoek tot verstrekking van de voorgeschreven medicatie (Nexium). Artikel 7:460 BW regelt dat de hulpverlener, behoudens gewichtige redenen, de behandelovereenkomst niet kan opzeggen. Of die gewichtige redenen aanwezig zijn zal van geval tot geval moeten worden beoordeeld. Hieruit vloeit voort dat er bijzondere zorgvuldigheidsvereisten gelden voordat tot beëindiging kan worden besloten. Uit de schriftelijke stukken en hetgeen ter zitting naar voren is gekomen werd duidelijk dat verweerster op maandag 2 juni 2014, na het vernemen van het verslag van de apothekersassistenten over het bezoek van klaagster op vrijdagmiddag 30 mei 2014, tot de conclusie kwam dat de verhouding tussen klaagster en de apotheek in ernstige mate was verstoord en dat er geen werkbare basis meer was om klaagster goede farmaceutische zorg te verlenen. Louter op basis hiervan heeft verweerster telefonisch de behandelovereenkomst met klaagster beëindigd. Het college is van oordeel dat verweerster te overhaast en zonder het toepassen van hoor en wederhoor – ter zitting verklaarde verweerster dat het relaas van de apothekersassistenten leidend was voor haar beslissing – de behandelovereenkomst heeft beëindigd. De enkele omstandigheid dat er (kennelijk) een conflict was geweest aan de balie van de apotheek, vormt in beginsel geen gewichtige reden voor opzegging van de behandelovereenkomst. Dit geldt des te sterker nu klaagster niet de kans heeft gekregen om haar kant van het verhaal te vertellen. Het college sluit niet uit dat verweerster na een gesprek met klaagster op goede gronden tot de conclusie had kunnen komen dat een werkbare relatie niet meer tot de mogelijkheden behoorde, dan wel dat partijen gezamenlijk deze conclusie zouden hebben bereikt, maar de wijze van opzegging in dit geval is absoluut onder de maat geweest. Daarnaast heeft verweerster verzuimd te controleren of klaagster binnen een redelijke termijn haar medicatie via een andere apotheek kon betrekken, zodat verweerster evenmin heeft voldaan aan deze bij opzegging horende zorgvuldigheidseis. Overigens is het weinig oplossingsgericht te noemen dat verweerster het inmiddels op 2 juni 2014 in de apotheek voorradige geneesmiddel Nexium niet die dag alsnog heeft verstrekt. Het college legt de maatregel van waarschuwing op.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 24-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2015:39

Zaaknummer: 2014-166

Wetsartikelen: 7:46o BW en 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

IGZ/X

De IGZ verwijt een psychiater dat hij de tweede tuchtnorm heeft geschonden, aangezien hij kinderpornografisch materiaal heeft verworven, in bezit heeft gehad en heeft bekeken. Het RTG ontzegt de psychiater de bevoegdheid om individuele gezondheidszorg te verlenen aan minderjarigen.

Verweerder, psychiater, is op 22 maart 2012 door de Rechtbank Arnhem strafrechtelijk veroordeeld wegens het downloaden en in bezit hebben van meer dan 60.000 kinderpornografische afbeeldingen en films in de periode 2007-2009. Hij is veroordeeld tot een werkstraf van 240 uur en een voorwaardelijke gevangenisstraf van twaalf maanden met een proeftijd van twee jaar. Tijdens die proeftijd moest hij zich gedragen naar de voorschriften en aanwijzingen van de reclassering. Tot april 2014 was verweerder onderworpen aan reclasseringscontact. Verweerder heeft zich, nadat zijn strafbare gedrag aan het licht was gekomen, onder behandeling gesteld van een psycholoog en heeft vervolgens, op aanwijzing van de reclassering, tot eind 2013 een behandeling tegen kinderpornoverslaving gevolgd bij C, polikliniek voor forensische psychiatrie. Op 28 maart 2012 heeft het OM bij klaagster, verder ook IGZ, een melding gedaan in verband met de strafrechtelijke veroordeling van verweerder. De IGZ werd verzocht een onderzoek in te stellen naar de geschiktheid van verweerder als hulpverlener. In het kader van dit onderzoek zijn er documenten opgevraagd en heeft de IGZ op 15 augustus en 14 november 2012 gesprekken gehad met verweerder. Op 23 november 2012 heeft de IGZ aan verweerder een brief gestuurd met daarin het eerder besproken Toezichtplan. Verweerder is vanwege de strafzaak gestopt met zijn werkzaamheden bij de ggz-instelling waar hij werkzaam was en heeft vervolgens zijn werkzaamheden in de praktijk die hij reeds met een aantal anderen had uitgebreid. Op 6 november 2012 heeft deze praktijk, 'D', aan de IGZ laten weten dat zij de samenwerking met verweerder had beëindigd vanwege de strafrechtelijke veroordeling van verweerder en het feit dat hij deze informatie en de straf nooit had gemeld. In februari 2013 heeft verweerder een nieuwe dienstbetrekking gevonden. De afspraken zoals neergelegd in de brief van 23 november 2012 zijn benoemd in een gesprek met de nieuwe werkgever, verweerder en de IGZ. De IGZ heeft dit bevestigd in een brief van 15

februari 2013. Na berichtgeving in de media dat verweerder ondanks zijn veroordeling weer werkzaam was, is een aantal weken voor de zitting in de onderhavige tuchtzaak ook aan dat dienstverband van verweerder een einde gekomen. Op 22 maart 2013 heeft de IGZ telefonisch aan verweerder laten weten dat het mogelijk was dat zijn casus aan de tuchtrechter voorgelegd zou worden. Op 26 maart 2013 heeft D (d.w.z. de vroegere partners van verweerder) een rapport, in haar opdracht opgesteld door een onderzoeksbureau, aan de IGZ gestuurd. Het rapport had retrospectief betrekking op de mogelijke nadelige gevolgen van de strafrechtelijke veroordeling van verweerder voor onder meer zijn cliënten.

Het college overweegt als volgt.

Het vertrouwen dat de maatschappij moet kunnen stellen in BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg in het algemeen en in dit geval in verweerder als verlener van (psychiatrische) gezondheidszorg is wezenlijk aangetast door het gedrag waarvoor verweerder is veroordeeld (het downloaden van kinderporno). Tegen deze achtergrond is het handelen van verweerder niet los te zien van zijn hoedanigheid van BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar en is er voorts sprake van voldoende weerslag op de individuele gezondheidszorg. De IGZ is dus ontvankelijk in haar klacht. Verweerder heeft niet geheel ten onrechte erop gewezen dat de IGZ, al heeft zij nimmer uitdrukkelijk te kennen gegeven dat zij, ook als hij zich van zijn kant zou houden aan de voorwaarden van het Toezichtplan, geen tuchtklacht zou indienen, toch wel dat vertrouwen heeft gewekt. En voorts heeft verweerder nadat hem was aangekondigd dat de IGZ een klacht zou gaan indienen, nog zestien maanden moeten wachten totdat daadwerkelijk een tuchtklacht volgde. De wettelijke taak van de IGZ en het door haar te dienen belang van de individuele gezondheidszorg brengen echter mee dat een en ander niet leidt tot niet-ontvankelijkheid van de IGZ in haar klacht. Een goed beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg, en zeker ook een psychiater, dient zich te onthouden van gedrag dat het vertrouwen in zijn beroepsuitoefening en dat van de beroepsgroep in het algemeen aantast. Verweerder is strafrechtelijk veroordeeld voor een ernstig seksueel delict met betrekking tot minderjarigen, als gevolg waarvan patiënten zich kunnen afvragen of zij zichzelf en vooral hun kinderen nog veilig en verantwoord aan zijn zorg kunnen toevertrouwen. De klacht is gegrond.

Bij de afweging of en zo ja welke maatregel moet volgen heeft het college er oog voor dat de IGZ de verwachting heeft gewekt dat geen tuchtklacht zou worden ingediend en dat het vervolgens nog zestien maanden heeft geduurd voordat deze werd ingediend. Voorts heeft verweerder terecht erop gewezen dat hij zich niet schuldig heeft gemaakt aan een zogenaamd 'hands-on delict', dat het strafbare gedrag zes jaar geleden heeft plaatsgevonden en dat hij sindsdien niet van dergelijk gedrag heeft blijk gegeven. Daar komt bij dat C heeft gerapporteerd dat bij verweerder geen bijzondere (seksuele) belangstelling voor kinderen

werd gezien en dat het recidiverisico, met enige slag om de arm, als laag werd ingeschat. Echter, het vertrouwen dat (toekomstige) patiënten moeten kunnen hebben in verweerder noopt ondanks het voorgaande tot de maatregel van een gedeeltelijke ontzegging die, behoudens de mogelijkheid van herstel bij Koninklijk Besluit ingevolge artikel 50 van de Wet BIG, voor de rest van het werkzame leven van verweerder blijft gelden. Overigens wijkt deze maatregel niet veel af van de beperkingen die verweerder zichzelf in het kader van de met de IGZ gemaakte afspraken heeft opgelegd en bereid blijft zichzelf op te leggen. Bij de vorm van de op te leggen ontzegging overweegt het college dat een groot deel van de door de IGZ voorgestelde beperkingen, namelijk dat verweerder geen individuele gezondheidszorg zou mogen verlenen aan patiënten met seksueel deviant gedrag, met (een voorgeschiedenis van) seksueel misbruik en/of andere problematiek van seksuele aard, op zichzelf wellicht wel passend zijn maar in de praktijk zowel voor verweerder als voor patiënten niet goed werkbaar en voor de IGZ, zoals zij ter zitting ook heeft aangegeven, niet goed handhaafbaar zouden zijn. Het college gaat er overigens van uit dat verweerder, zoals hij heeft verklaard, niet zal gaan werken in een setting waar het in het bijzonder gaat om klachten veroorzaakt door seksueel misbruik en ook niet om behandeling van zedendelinquenten, en voorts in een organisatorische setting waarin hij dergelijke zaken, mochten die zich onverhoopt toch voordoen, kan overdragen. Al met al is de na te noemen gedeeltelijke ontzegging het meest passend, en tevens uitvoerbaar en handhaafbaar. Het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg brengt mee dat deze maatregel onmiddellijk van kracht wordt. Het college ontzegt verweerder de bevoegdheid om in het register ingeschreven staande individuele gezondheidszorg te verlenen aan minderjarigen en bepaalt dat deze beslissing onmiddellijk van kracht wordt.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 20-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2015:32

Zaaknummer: 128/2014

Wetsartikelen: 65 lid 1 sub d Wet BIG, 47 lid 1 sub b Wet BIG en 50 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Klager verwijt psychiater dat hij als leidinggevende en eindverantwoordelijke in gebreke is gebleven met betrekking tot de zorg die hij klager als patiënt behoorde te geven. RTG verklaart klager niet-ontvankelijk in zijn klacht. Het CTG verklaart klager ontvankelijk in zijn klacht en wijst de klacht af.

Klager is bij vonnis d.d. 18 juni 1994 van de rechtbank veroordeeld tot een gevangenisstraf van zes jaar, alsmede tbs met dwangverpleging ter zake van doodslag. Vanaf 23 november 2009 verblijft klager in het FPC H. te E. (hierna mede te noemen: H.), nadat hij de jaren voordien behandeld is in diverse andere tbs-instellingen. Verweerder is psychiater en als directeur behandelzaken werkzaam in de H. Uit de behandelrapportage van klager blijkt dat hij bekend is met delictgerelateerd drugsgebruik. Sinds 11 augustus 2010 heeft klager begeleid verlof. Met ingang van 10 augustus 2011 is dit omgezet in onbegeleid verlof. In het kader van deze verlofregeling vinden urinecontroles op het gebruik van verdovende middelen plaats. Op 20 september 2012 scoorde klager bij een urinecontrole positief op het gebruik van opiaten. Door een procedurele fout was het niet mogelijk een bevestigingsonderzoek te laten uitvoeren. In overleg met klager werd besloten een haaranalyse te laten uitvoeren door het laboratorium van de ziekenhuisapotheek van het UMCG. De uitslag van deze analyse duidde op herhaaldelijk cocaïnegebruik over een langere periode. Klager heeft een brief geschreven aan verweerder, waarin hij vraagt om een gesprek, nu zijn resocialisatietraject naar aanleiding van urinecontroles en de haaranalyse is stopgezet. Bij brief van dezelfde datum heeft verweerder geantwoord dat de brief – gelet op de taakverdeling – ter behandeling is doorgezonden aan de eerste geneeskundige. De eerste geneeskundige heeft een gesprek gehad met klager, waarin zij heeft voorgesteld twee haarmonsters af te nemen en deze door verschillende laboratoria te laten onderzoeken. Klager heeft verzocht dit voorstel schriftelijk aan zijn raadsman te sturen, hetgeen de eerste geneeskundige bij brief van 22 november 2012 heeft gedaan. Bij beslissing van 6 december 2012 heeft het Gerechtshof in I. de behandeling van de zaak geschorst teneinde door het NFI een haaranalyse te laten verrichten op basis van een door klager en zijn raadsman en de kliniek te formuleren vraagstelling. Het NFI heeft op 16 april 2013

gerapporteerd dat in het haarmonster geen gedragsbeïnvloedende middelen zijn aangetoond.

Het RTG overweegt als volgt.

Het college stelt allereerst vast dat een haaranalyse niet een handhavingsmiddel is ten behoeve van de orde en veiligheid in een tbs-instelling dat valt onder de bevoegdheid van de directeur van de instelling. Er is geen basis voor dit onderzoek in de Bvt en nadere regelingen, in tegenstelling tot een urinecontrole. De beslissing tot afname van een haaranalyse kan naar het oordeel van het college onder de reikwijdte van het tuchtrecht vallen. De tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47 lid 1 Wet BIG betreffen niet alleen handelen of nalaten in strijd met de zorg die een beroepsbeoefenaar dient te betrachten (eerste tuchtnorm), maar ook enig ander handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg (tweede tuchtnorm). Het is onmiskenbaar de bedoeling van de wetgever geweest dat ook het handelen van een arts in een andere functie tot een tuchtrechtelijke veroordeling zou kunnen leiden, mits het handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Tegen deze achtergrond is het college van oordeel dat de omschrijving van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg zoals opgenomen in artikel 1 Wet BIG er niet aan in de weg hoeft te staan dat handelen van artsen in een andere hoedanigheid als tuchtrechtelijk relevant aan de tuchtrechter wordt voorgelegd. Verweerder heeft als leidinggevende als reactie op een brief van klager schriftelijk te kennen gegeven dat als verantwoordelijkheidsverdeling binnen de groep leidinggevendenden is afgesproken dat de door klager opgeworpen vragen worden behandeld door de eerste geneeskundige. Deze is daarop ook daadwerkelijk in contact getreden met klager om tot een oplossing van het probleem te komen. Naar het oordeel van het college heeft klager tegen deze achtergrond onvoldoende gesteld waaruit zou blijken dat het handelen van verweerder in deze weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Het college zal de klacht daarom niet-ontvankelijk verklaren.

Het CTG overweegt als volgt.

Ten aanzien van de ontvankelijkheid. Verweerder is in de tbs-kliniek werkzaam als psychiater tevens directeur behandelenzaken en is niet klagers behandelaar geweest. Verweerders handelen ten opzichte van klager valt derhalve niet onder de eerste tuchtnorm. Wel valt het handelen van verweerder in dit bijzondere geval onder de tweede tuchtnorm. Het CTG stelt voorop dat bij tbs-patiënten in detentie de besluitvorming rondom het behandeltraject van de patiënt op bepaalde vlakken kan samenvallen met de besluitvorming rondom de handhaving ten behoeve van de orde en veiligheid in de samenleving. Naar het oordeel van het CTG is daarvan in het onderhavige geval sprake. Verweerder is bij de situatie betrokken toen klager zich in de eindfase van zijn tbs-behandeling bevond en zijn resocialisatietraject (onbegeleid

verlof) was stopgezet nadat bij een van zijn urinecontroles verdovende middelengebruik was aangetoond en ook de uitslag van een nadien uitgevoerde haaranalyse duidde op herhaald cocaïnegebruik over een langere periode. Klager had naar aanleiding daarvan verweerder als directeur behandelzaken aangeschreven met het verzoek om een nieuwe haaranalyse te (doen) realiseren zodat hij kon bewijzen dat er (toch) geen sprake is geweest van verdovende middelengebruik over de betreffende periode. Verweerder heeft klagers verzoek vervolgens doorgeleid naar de eerste geneeskundige die op grond van de taakverdeling binnen de tbs-instelling verantwoordelijk is voor de afwikkeling van dergelijke verzoeken. Verweerder heeft ter zitting in hoger beroep verklaard dat klager met zijn tweede tbs-traject bezig was. Zodoende was in de tbs-instelling bekend dat klager in het laatste deel van zijn resocialisatietraject – het onbegeleid verlof – zijn moeilijkste fase tegemoet zou gaan en dat daar het leermoment voor klager lag. Mede gelet hierop hebben de eerste geneeskundige, zichzelf en klagers behandelaar in samenspraak besloten om klager na de positieve urinecontrole en haaranalyse niet meteen ‘binnen te halen’, dat wil zeggen diens verloven te beëindigen, maar klager vanuit de tbs-kliniek nogmaals een expertise aan te bieden, te weten een zogenoemde dubbele haaranalyse, aldus verweerder. Het CTG leidt hieruit af dat bij deze besluitvorming een bijzondere (extra) professionele afweging heeft plaatsgevonden, toegespitst op de persoon van klager als tbs-patiënt in het kader van zijn behandeltraject. Het CTG is in dit specifieke geval van klager dan ook van oordeel dat mede het (toezichthoudend) optreden van verweerder als directeur behandelzaken weerslag heeft gehad op de wijze waarop aan de individuele tbs-behandeling van klager is vormgegeven. Dit betekent dat het handelen van verweerder in dit specifieke geval is te vatten onder het te beschermen belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg als bedoeld in de zogenoemde tweede tuchtnorm van de Wet BIG. Klager is ontvankelijk in de klacht. Uit het voorgaande blijkt dat verweerder als directeur behandelzaken, de eerste geneeskundige en de behandelend psychiater van klager in samenspraak tot een professionele afweging zijn gekomen ten aanzien van het al dan niet beëindigen van de verloven van klager en het al dan niet aanbieden van een tweede expertise. Reeds hieruit blijkt naar het oordeel van het CTG van voldoende zorg van onder meer verweerder als behandelend directeur voor klager als tbs-patiënt. Voorts is het CTG, zoals ook overwogen in de tegelijkertijd behandelde zaak A./F. (C2014.011), van oordeel dat de eerste geneeskundige over wie verweerder als directeur behandelzorg toezicht had en aan wie verweerder klagers verzoek had doorgeleid, zorgvuldig heeft gehandeld. Zij heeft in een gesprek met klager voornoemde dubbele haaranalyse voorgesteld en heeft met betrekking tot de uitvoering daarvan in reactie op klagers vraagpunten adequaat gereageerd. Na de beslissing van het Gerechtshof te I. d.d. 6 december 2012 om het NFI een haaranalyse te laten verrichten, was er geen reden meer om de door de eerste geneeskundige voorgestelde dubbele haaranalyse te verrichten. Verweerder kan naar

het oordeel van het CTG dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Het voorgaande betekent dat de beslissing waarvan beroep niet in stand kan blijven. Het CTG verklaart opnieuw rechtdoende klager in de klacht ontvankelijk en de klacht ongegrond

mr. C. Velink

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 19-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2015:91

Zaaknummer: C2014.013

Wetsartikelen: 47 lid 1 sub b Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Klaagster verwijt kaakchirurg dat hij niet heeft voldaan aan zijn informatieplicht, onjuist en niet lege artis heeft behandeld, de behandeling heeft laten plaatsvinden in de wachtruimte en haar onheus heeft bejegend. RTG heeft berisping opgelegd. Kaakchirurg heeft beroep ingesteld. CTG legt waarschuwing op.

Klaagster werd door een tandprotheticus verwezen voor een wortelrest of botsplinter waar klaagster last van had. Op 8 april 2013 heeft klaagster verweerder in zijn praktijk bezocht voor een consult. Klaagster maakte melding van heftige pijn links in de onderkaak, waardoor zij haar prothese niet kon dragen. Bij klinisch onderzoek bleek ter plaatse een scherp uitsteeksel en klaagster gaf veel pijn aan. Verweerder stelde voor de wortelrest direct onder lokale anesthesie te verwijderen. Klaagster was angstig voor een eventuele ingreep, wilde dat deze onder algehele anesthesie werd uitgevoerd, en niet op diezelfde dag. Klaagster ontving een recept om medicatie (Dormicum) op te halen in verband met de uit te voeren behandeling. Op 15 mei 2013 werd door verweerder een nieuw recept uitgeschreven, omdat klaagster het verstrekte recept niet kon vinden. Klaagster heeft de medicatie opgehaald bij de apotheek. Deze medicatie diende klaagster op de datum van behandeling mee te nemen naar de praktijk teneinde het daar in te nemen. Klaagster is door verweerder behandeld. Na aankomst in de praktijk werd klaagster oraal 10 mg Dormicum toegediend, opgelost in water. Omdat klaagster op het moment dat verweerder de behandeling wilde starten weer wakker werd, is klaagster teruggebracht naar de wachtruimte om de werking van de medicatie af te wachten. Omdat klaagster niet 'in slaap viel' werd extra Dormicum toegediend, twee tabletten van 7,5 mg Dormicum. Daarna is klaagster in slaap gevallen. Verweerder heeft zijn reguliere ochtendprogramma afgerond en is daarna begonnen met de behandeling van klaagster. Verweerder heeft, toen klaagster sliep, lokale anesthesie toegediend en de inwerking daarvan afgewacht. Verweerder heeft de ingreep verder uitgevoerd. Net voordat verweerder wilde gaan hechten werd klaagster wakker. Klaagster gaf aan dat zij pijn voelde en verweerder heeft extra verdoving toegediend. Verdere behandeling van klaagster bleek niet mogelijk en de wond werd verder niet gehecht. Klaagster heeft een pijnstiller ontvangen en verweerder heeft

klaagster laten 'uitslapen'. Van de behandeling werd verslag gedaan op de patiëntenkaart van klaagster.

Het RTG overweegt als volgt.

De eerste klacht van klaagster ziet op het informed consent. Verweerder heeft de door hem gegeven informatie aan klaagster genoteerd in de patiëntenkaart van klaagster. Uit de patiëntengegevens blijkt dat gesproken is over narcose, lachgas en over behandeling met behulp van Dormicum en lokale anesthesie. Daarnaast blijkt dat gesproken is over klaagsters angst voor een uit te voeren behandeling. Ter zitting is komen vast te staan dat klaagster geen aangezichtsverlamming heeft, maar zenuwpijn aan de linkerzijde van haar gezicht. Verweerder was daarmee, door een behandeling van klaagster in het verleden, bekend. Met verweerder is het college van oordeel dat de bij klaagster bekende zenuwpijn in het aangezicht geen contra-indicatie is voor de uit te voeren behandeling. Uit de patiëntenkaart blijkt dat verweerder voldoende informatie aan klaagster heeft gegeven en ter zitting heeft hij onweersproken gesteld dat hij zich van de zenuwpijn van klaagster voldoende rekenschap heeft gegeven. Deze klacht is derhalve ongegrond. Verweerder heeft ter zitting nader toegelicht waarom hij heeft gekozen voor behandeling met gebruikmaking van Dormicum en niet heeft gekozen voor algehele anesthesie. Ten tijde van het eerste consult en de uitgevoerde behandeling was het in de praktijk waar verweerder op dat moment werkzaam was niet mogelijk onder algehele anesthesie te behandelen. Daarop is door klaagster de wens uitgesproken om met een lachgaskapje te worden behandeld. Verweerder heeft klaagster laten weten dat ook dat pas enkele maanden later in de praktijk mogelijk zou zijn en dat dit niet hetzelfde was als algehele anesthesie. Verweerder heeft voorts gesteld dat het gebruik van lachgas niet geïndiceerd was omdat daarvoor een coöperatieve houding bij de patiënt van groot belang is. Gelet op de angst van klaagster voor de behandeling heeft verweerder ingeschat dat van voldoende coöperatie vermoedelijk geen sprake kon zijn. Nadat verweerder had aangegeven dat behandeling onder lokale anesthesie geïndiceerd was, is besloten om haar te behandelen met gebruikmaking van Dormicum. Dat verweerder klaagster daartoe een recept heeft meegegeven is niet ongebruikelijk en derhalve niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dat deze medicatie in de praktijk van verweerder voorradig was maakt dit niet anders nu het door de patiënt laten halen van de medicatie verband houdt met de vergoeding door de zorgverzekering van klaagster. Daargelaten dat verweerder, zoals hierna zal blijken, geen Dormicum had moeten voorschrijven, is van een onjuist voorgeschreven dosering niet gebleken. De apotheek had dat mogelijk niet voorradig maar heeft een niet ongebruikelijke dosering aan klaagster meegegeven en is daarmee zo veel mogelijk tegemoetgekomen aan hetgeen verweerder heeft voorgeschreven. Van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen aan de zijde van verweerder, als het enkel om de voorgeschreven dosering gaat, is niet

gebleken. Dormicum is een merknaam van Midazolam, een snelwerkende benzodiazepine met sterke angstrekkende en slaapopwekkende eigenschappen. De maximale dosering bedraagt 25 mg. Door de sterke en snelle inwerking wordt Dormicum zelden toegepast buiten het ziekenhuis. Een eventuele overdosering is een medisch noodgeval en behoeft directe actie door deskundig personeel. Verweerder heeft ter zitting verklaard geen specifieke scholing gevolgd te hebben omtrent sedatie. Klaagster was bekend als angstige patiënt en wilde slapen tijdens de ingreep. Ten tijde van deze behandeling was verweerder niet werkzaam in een ziekenhuis, maar in een ZBC en had daar niet de mogelijkheid om klaagster in narcose te behandelen. Verweerder heeft bij klaagster het middel Dormicum toegepast als slaapmiddel. Zij werd na toediening van Dormicum gemonitord door de assistente van verweerder. De assistente van verweerder is kaakchirurgisch assistente en niet gebleken is dat zij een BLS-opleiding (Basic Life Support-opleiding) heeft gevolgd. Verweerder heeft ter zitting aangegeven dat tijdens de gehele procedure geen controle van de bloeddruk heeft plaatsgevonden en evenmin gebruik is gemaakt van een zuurstofmeter ter monitoring van de zuurstofsaturatie. Ook was geen arts aanwezig en is niet gebleken dat een reanimatieteam en/of Spoed Interventie Team (SIT) voorhanden was. Na toediening van 10 mg Dormicum was de slaap bij klaagster ingetreden. Toen zij weer wakker werd heeft verweerder haar 15 mg Dormicum extra toegediend in tabletvorm. Met het extra toedienen was de maximale dosering van 25 mg Dormicum bereikt en de risico's op bloeddrukdaling en het wegvallen van de ademhaling niet ondenkbeeldig. Onder deze omstandigheden, zonder mogelijkheid van acute interventie door een deskundig persoon bij het wegvallen van bloeddruk dan wel ademhaling, had verweerder de door hem uitgevoerde kaakchirurgische behandeling niet op deze wijze mogen verrichten. Verweerder had patiënte, die duidelijk heeft aangegeven 'in slaap te willen zijn tijdens de behandeling' en haar herhaaldelijk geuite wens om de behandeling in narcose te laten plaatsvinden, moeten doorverwijzen naar een kaakchirurg werkzaam in een ziekenhuis, waar deze mogelijkheid wel beschikbaar was. De tweede klacht is derhalve gegrond. De derde klacht is ongegrond. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat de behandeling heeft plaatsgevonden in een behandelruimte voor orthodontie, waar meerdere behandelstoelen naast elkaar zijn gepositioneerd en waar tijdens de behandeling van klaagster geen anderen aanwezig waren. Daarmee mist dit klachtonderdeel van klaagster feitelijke grondslag. Dat verweerder geen mondkapje heeft gedragen kan niet worden vastgesteld. Partijen verschillen daarover van mening. Ditzelfde geldt ook voor het klachtonderdeel dat verweerder klaagster heeft gestompt. Omtrent de vierde klacht overweegt het college als volgt. Dat verweerder de behandeling van klaagster korte tijd heeft voortgezet op het moment dat zij wakker werd, kan niet leiden tot het oordeel dat dit tuchtrechtelijk verwijtbaar is. Verweerder heeft ter zitting toegelicht dat hij op het moment dat klaagster wakker werd bezig was met het afronden van de behandeling door de wond te willen gaan hechten. Omdat klaagster aangaf

pijn te ervaren heeft verweerder nogmaals lokale anesthesie toegediend. Verweerder mocht op dat moment redelijkerwijs proberen om de behandeling af te maken. Dat verweerder, nadat verder behandelen niet mogelijk bleek, de wond niet gehecht heeft, leidt evenmin tot een tuchtrechtelijk gegrond verwijt. Dit kan evenmin leiden tot het oordeel dat door verweerders handelen een latere ingreep nodig is gebleken. De vierde klacht treft geen doel. Verweerder heeft ter zitting aangegeven dat er drie mogelijkheden waren wat betreft de behandeling van klaagster, waaronder gebruik van Dormicum met lokale anesthesie. Daaruit leidt het college af dat verweerder dit als een gebruikelijke wijze van behandelen beschouwt en dit vaker heeft gedaan. Verweerder heeft bij de behandeling van klaagster de dosering van de Dormicum meer dan verdubbeld waarbij de maximale dosering is toegediend en daarbij werd klaagster onvoldoende gemonitord met betrekking tot de risico's die gebruik van Dormicum met zich brengt. Dat verweerder ter zitting heeft aangegeven dat hij niet inschatte dat hij daarbij risico's heeft genomen terwijl hypotensie en het wegvallen van de ademhaling bekende risico's zijn bij het gebruik van Dormicum rekent het college verweerder zwaar aan. Niet gebleken is dat verweerder zich ten aanzien van het gebruik van Dormicum als slaapmiddel bij zijn kaakchirurgische ingreep heeft geschoold of anderszins heeft bekwaamd. Bovendien is niet gebleken dat verweerder ervoor heeft gezorgd dat ten aanzien van deze toepassing van Dormicum de patiëntveiligheid met voldoende waarborgen is omgeven. Alles overziend acht het college de maatregel van een berisping passend.

Het CTG overweegt als volgt.

De kaakchirurg heeft, desgevraagd, tijdens de mondelinge behandeling in hoger beroep nogmaals de gang van zaken beschreven rondom de behandeling van klaagster. Het ging om een korte behandeling waarbij klaagster, gezien haar angst, in eerste instantie 10 milligram Dormicum is toegediend. Na zo'n twee uur bleek deze hoeveelheid niet of nauwelijks het beoogde effect te hebben op klaagster, waarop de kaakchirurg haar 15 milligram extra heeft toegediend. De assistente hield klaagster na het toedienen van Dormicum steeds in de gaten en liep onder andere met haar mee naar het toilet. Klaagster kon nog zelf naar de behandelstoel lopen. Zij raakte in een lichte 'slaap' maar was aanspreekbaar, waarna de behandeling is gestart. De kaakchirurg heeft aangegeven dat hij een dergelijke behandeling (met Dormicum) slechts zeer incidenteel uitvoert en dan met name bij (zeer) angstige patiënten. De kaakchirurg is zelf geschoold in anesthesie, als onderdeel van zijn opleiding tot kaakchirurg. Verder maakt hij deel uit van een team werkzaam in een gezondheidscentrum, waarin ook twee huisartspraktijken zijn gevestigd en regelmatig uitwisseling van informatie plaatsvindt als het gaat om bijzondere behandelingen. Gezien deze feiten en omstandigheden is het CTG van oordeel dat het toedienen van de eerste 10 milligram Dormicum, gezien de situatie waarin dit plaatsvond, niet verwijtbaar is. Dat de kaakchirurg vervolgens, in één keer,

nog eens 15 milligram heeft toegediend aan een patiënte wier gewicht niet hoog was, en waarmee sprake was van de maximum hoeveelheid, terwijl de kaakchirurg onvoldoende op de hoogte was van de halfwaardetijd van het gebruikte middel, acht het CTG wel verwijtbaar. Weliswaar was de periode tussen de eerste en de tweede toediening zo'n twee uur, maar gezien de halfwaardetijd van Dormicum (1,8 tot 2,5 uur) was deze tweede toediening niet zonder risico's en was de behandeling in de praktijk van de kaakchirurg daarvoor niet met voldoende waarborgen omgeven, mede gezien het ontbreken van een bewaking met bijvoorbeeld een pulsoxymeter. Het CTG is dan ook van oordeel dat de kaakchirurg, toen duidelijk werd dat de eerste toediening niet afdoende was, de behandeling had moeten afbreken en klaagster had moeten verwijzen naar een andere kaakchirurg, bijvoorbeeld een collega in een ziekenhuis, waar de ingreep met betere bewaking of in algehele anesthesie had kunnen plaatsvinden. In zoverre heeft de kaakchirurg dan ook klachtwaardig gehandeld. Gezien de mate van ernst en verwijtbaarheid hiervan ziet het CTG echter reden om de door het RTG opgelegde maatregel te matigen en zal de maatregel van waarschuwing worden opgelegd.

mr. C. Velink

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 19-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2015:97

Zaaknummer: C2014.224

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/IGZ

Klacht van de IGZ tegen arts in verband met tekortschieten in de zorg die hij ten opzichte van patiënte had behoren te betrachten. Arts zou gebrekkig en niet 'state of the art' diagnostisch onderzoek verricht hebben, patiënte te laat ingestuurd hebben voor nader onderzoek en behandeling, niet voldaan hebben aan de informatieplicht, onvoldoende zorg hebben gedragen voor adequate overdracht en niet voldaan hebben aan de dossierplicht. De klacht houdt tevens in dat de arts screening op mammacarcinoom verrichtte zonder de kwaliteit van zorg voldoende systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. Het RTG heeft de maatregel van doorhaling opgelegd. Het CTG legt een onvoorwaardelijke schorsing van zes maanden op .

Verweerder is in Nederland opgeleid tot arts en heeft zeven jaar in Israël gewerkt. In de periode van 3 februari 1999 tot en met 11 juni 2008 heeft hij als huisarts geregistreerd gestaan. In 1988 heeft verweerder het E. te B. (E.) opgericht. Verweerder voerde in het E. borstonderzoek uit en deed preventief onderzoek naar mammacarcinomen. Vanaf 2006 heeft verweerder de activiteiten van het E. afgebouwd. Op 1 april 2011 heeft verweerder het E. gesloten. Mevrouw F., geboren 1947, hierna patiënte te noemen, was een van de patiënten die zich tot het E. wendde in verband met preventief borstonderzoek. De eerste onderzoeken vonden plaats in 2000, 2001 en 2002. Bij het onderzoek in 2000 werd een afwijking in de rechter borst aangetroffen, die als cyste werd gediagnosticeerd. In 2001 werd de cyste niet gevoeld maar in 2002 bleek de cyste weer voelbaar en te zien op de mammografie. In de periode 2003-2008 heeft patiënte het E. niet bezocht. Op 2 maart 2009 meldde patiënte zich opnieuw voor preventief onderzoek bij verweerder. Bij palpatie werd in de rechter borst een knobbel gevoeld. Verweerder duidde de knobbel als cysteus van aard. Uit het medisch dossier blijkt niet dat er een mammografie is verricht, wel een echografie. Volgens patiënte is zij vervolgens drie maanden later met haar echtgenoot opnieuw naar verweerder gegaan. Van dit bezoek zijn geen aantekeningen in het medisch dossier terug te vinden. Uit het medisch

dossier blijkt van een volgend onderzoek op 26 januari 2010. Verweerder heeft een mammografie verricht en een echo. Verweerder constateerde een geringe toename van de omvang van de cyste ten opzichte van 2009. Hij adviseerde patiënte om na drie maanden terug te komen voor een vervolgonderzoek. Patiënte is niet voor controle gezien. Een herhaling van de uitnodiging blijkt niet uit het medisch dossier. De huisarts is niet op de hoogte geraakt van de bevindingen. Patiënte is op 28 maart 2011 opnieuw voor onderzoek door verweerder gezien. Verweerder heeft een mammografie en een echografie verricht. Het onderzoek wees op een verdachte plek (tumor) in de rechter borst. Verweerder heeft patiënte hierop verwezen naar haar huisarts. Patiënte heeft haar huisarts bezocht en overhandigde hierbij een afdruk van de op 28 maart 2011 gemaakte mammografie. De huisarts heeft patiënte verwezen naar de G. en vervolgens nadere informatie betreffende eerdere onderzoeken bij verweerder opgevraagd. De huisarts kreeg de informatie echter niet. Bij telefonisch contact verklaarde verweerder dat het hem was ontschoten. De toestand van haar patiënte en de reactie op het verzoek om informatie was voor de huisarts aanleiding om op 11 mei 2011 een melding te doen bij de IGZ.

Het RTG overweegt als volgt.

Vaststaat dat verweerder patiënte in 2009 heeft onderzocht en dat op dat moment een knobbel in de rechter borst werd gevoeld. Hoewel niet duidelijk is of er een mammografie is gemaakt – het blijkt niet uit de aantekeningen van 2009 – gaat het college daar toch van uit gezien de aantekeningen daarover op de onderzoekstatus van 2010 en de correspondentie over dat onderzoek. Voor een aanname van onvoldoende diagnostiek is daarom geen plaats. Uit het medisch dossier blijkt van een volgend onderzoek op 26 januari 2010. Op deze datum zijn, naast palpatie van de borst, een mammografie en een echografie gemaakt. Het diagnostisch onderzoek wordt dan ook opnieuw voldoende geacht. Onvoldoende is echter het handelen daarna, hetgeen als volgt wordt gemotiveerd. Uit de aantekeningen van het onderzoek van 26 januari 2010 volgt dat de cyste in de rechter borst ten opzichte van 2009 in omvang was toegenomen. Hoewel de toename gering was, was er op dat moment voldoende aanleiding om patiënte te verwijzen naar een mammapoli voor aanvullende punctiecytologie dan wel met patiënte vaste en duidelijke afspraken te maken voor een controleafspraak op afzienbare termijn en vastgestelde datum, ter herbeoordeling. Dit laatste lag voor de hand gezien de ervaringen van verweerder dat een vaste afspraak voor controle niet of moeizaam te maken was of niet zonder meer werd gevolgd. Verweerder heeft erkend dat hij op dit punt verwijtbaar is tekortgeschoten; hij is er te eenvoudig van uitgegaan dat de huisarts in 2010 de behandeling had overgenomen toen hij niets hoorde, waarmee hij het risico in het leven heeft geroepen dat patiënte noodzakelijke zorg werd onthouden. Het klachtonderdeel is daarom gegrond. Ingevolge artikel 7:448 eerste lid BW dient een hulpverlener de patiënt op duidelijke

wijze en desgevraagd schriftelijk in te lichten over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Ingevolge artikel 7:448 tweede lid BW dient de hulpverlener zich bij het uitvoeren van de in lid 1 neergelegde verplichting te laten leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van: a. de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen, b. de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt. Toegepast op de casus betekent deze verplichting dat verweerder patiënte in januari 2010 moest inlichten over zijn bevindingen, de toename van de omvang van de cyste en het belang van een controle. Gezien de inhoud van de brief van 29 januari 2010, waarvan het college geen reden heeft te veronderstellen dat die niet aan patiënte is meegegeven en een weergave betreft van hetgeen mondeling is besproken tussen verweerder en patiënte, gaat het college ervan uit dat verweerder op dit punt aan zijn verplichting heeft voldaan. Het klachtonderdeel is daarom ongegrond. Dit klachtonderdeel ziet op de omstandigheid dat de huisarts van patiënte niet op de hoogte is geraakt van de onderzoeksbevindingen van (in het bijzonder) 2009, 2010 en 2011. Hoewel er in het medisch dossier van patiënte brieven (2010 en 2011) en een e-mail (2011) aan de huisarts zijn aangetroffen, gaat het college er niet van uit dat deze berichten de huisarts hebben bereikt. Dit is te wijten aan het feit dat verweerder als gewoonte had brieven voor de huisarts aan zijn patiënten mee te geven. Het is al decennia lang een vast gebruik dat de huisarts op de hoogte wordt gesteld van onderzoeksbevindingen, zeker als deze bevindingen afwijkend zijn. Verweerder heeft ter zitting erkend hierbij in gebreke te zijn gebleven. Nalatig is bovendien dat verweerder niet adequaat heeft gereageerd op het verzoek in 2011 van de huisarts om alsnog medische gegevens te verstrekken. Verweerder valt van zijn nalatigheid ten aanzien van de overdracht van gegevens een verwijt te maken. Het klachtonderdeel is daarom gegrond. Ingevolge artikel 7:454 eerste lid BW is een hulpverlener verplicht een dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is. Met het vormen en bewaren van een dossier worden meerdere doeleinden en belangen nagestreefd. In de eerste plaats dient het om een behoorlijk verslag van de hulpverlening waarop later de behandelaar zelf en eventuele waarnemers of andere betrokken hulpverleners kunnen terugvallen. Ten tweede is het de manier om inzage in de behandeling te krijgen door de patiënt zelf. Ten derde dient het als documentatiebron bij juridische procedures (het toetsbaar opstellen). Gezien zijn doelen, dient het medisch dossier een beeld te geven van het onderzoek en het resultaat daarvan, van de behandeling inclusief de overwegingen die daartoe aanleiding hebben gegeven, alsmede van de resultaten van de

behandeling. Deze informatie is essentieel voor de gezondheid van de patiënt en andere betrokken hulpverleners. Het dossier zoals dat door verweerder is opgemaakt over patiënte voldoet niet aan deze eisen. De onderzoeksbevindingen zijn summier gedocumenteerd en afschriften van foto's en echo's ontbreken. Evenmin blijkt van herhalingsoproepen. Slordig is voorts de e-mail van 4 april 2011 waarin enerzijds het advies wordt gegeven een ziekenhuis te bezoeken en anderzijds het advies wordt gegeven over drie maanden voor controle terug te komen. Verweerder heeft erkend dat zijn dossiervoering onder de maat is; hij heeft zich het belang van een papieren dossier onvoldoende gerealiseerd. Het klachtonderdeel is daarom gegrond. Ter toetsing staat tevens of verweerder bij het verrichten van het borstonderzoek de kwaliteit van zorg voldoende systematisch bewaakte, beheerste en verbeterde. Deze verplichting is neergelegd in artikel 3 en artikel 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De verplichting maakt tevens deel uit van Boek 7 titel 7 afdeling 5 BW; zij is vervat in de zorgvuldigheidsnorm van artikel 7:453 BW. In artikel 40 Wet BIG is een vergelijkbare plicht vervat. Ter beoordeling wordt vooropgesteld dat verweerder borstonderzoek verrichtte bij aanvankelijk 2500 vrouwen per jaar. Deze groep van vrouwen was naar het zich laat aanzien onbepaald (breed en asymptomatisch). Verweerder was hiermee dan ook vermoedelijk vergunningplichtig in het kader van de Wet op het Bevolkingsonderzoek. Los daarvan was verweerder als onderdeel van zijn verplichting als hierboven omschreven, gehouden om over een goede waarnemingsregeling te beschikken, om deel te nemen aan intercollegiale toetsing en om nascholing op het gebied van borstonderzoek te volgen. Het is het college echter niet gebleken dat verweerder hieraan heeft voldaan; verweerder werkte solistisch en collegiale toetsing en visitatie vonden niet plaats, zo heeft verweerder ter terechtzitting verklaard. Van nascholing op zijn vakgebied is onvoldoende gebleken. Ter zitting is eveneens ter sprake gekomen of de apparatuur waarmee verweerder werkte voldeed aan de daaraan te stellen vereisten. Hierover is onvoldoende duidelijkheid ontstaan omdat verweerder zich niet op de vragen hierover had voorbereid. Over het geheel genomen komt het college tot de conclusie dat de praktijkvoering van verweerder niet aan de kwaliteitseisen voldeed. Dit laatste klachtonderdeel is daarom ook gegrond. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht, op één onderdeel na, gegrond is. Wat de op te leggen maatregel betreft, overweegt het college dat verweerder in ernstige mate in verschillende essentiële verplichtingen is tekortgeschoten. Hoewel verweerder enkele klachtonderdelen ter terechtzitting heeft erkend, is het college er onvoldoende van overtuigd geraakt dat verweerder inzicht heeft in de ernst van zijn disfunctioneren. Verweerder heeft in 2011 het E. opgeheven omdat er voor een dergelijke praktijk geen plaats meer was binnen de huidige maatschappij. Het had echter veeleer op de weg van verweerder gelegen tijdig mee te groeien met de eisen die aan zijn beroepsuitoefening worden gesteld. Ter zitting heeft verweerder er onvoldoende blijk van gegeven dat hij zich hiervan bewust is. Dit maakt dat het college niet verwacht dat verweerder

in staat is de ontstane achterstand in te lopen. Het college heeft er dan ook geen vertrouwen in dat verweerder nu of in de toekomst in staat is om op het vereiste niveau als arts te functioneren, mede gelet op zijn leeftijd van 67 jaar. De maatregel van voorwaardelijke en/of tijdelijke schorsing van de inschrijving van verweerder in het BIG-register zou, gelet op zijn handelen, in beginsel op zijn plaats zijn. Omdat er echter geen uitzicht op is dat verweerder zich kan verbeteren tot het vereiste niveau, moet hij inmiddels blijvend onvoldoende gekwalificeerd worden geacht. Een en ander moet ertoe leiden dat alleen de meest vergaande maatregel passend is.

Het CTG overweegt als volgt.

Aan de orde is de vraag welke maatregel aangewezen is. Ter zitting in hoger beroep heeft de arts te kennen gegeven dat hij zich aantrekt wat patiënte F. is overkomen en dat hij de consequenties van zijn handelen – ook ten opzichte van de huisarts van patiënte – betreurt. Echter, de arts heeft naar het oordeel van het CTG in beroep (opnieuw) onvoldoende blijk gegeven van inzicht in de ernst en het structurele karakter van zijn onzorgvuldige praktijkvoering en de gevolgen die dit kan hebben voor de gezondheidstoestand van individuele patiënten. Daarbij doelt het CTG onder meer op het niet werken met de sinds 2003 gebruikelijke Birads-classificatie voor verslaglegging van radiologische bevindingen bij mammapathologie, een kernactiviteit van het E. Dit acht het CTG bijzonder verwijtbaar. Het CTG acht een zware maatregel dan ook aangewezen. Anders dan het RTG acht het CTG een doorhaling van de inschrijving van de arts in het BIG-register een te vergaande maatregel. Het CTG overweegt daartoe dat het directe gevaar voor de individuele gezondheidszorg van de patiënten in het E. inmiddels is geweken, nu het E. reeds per 1 april 2011 is opgehouden te bestaan. Hoewel de arts thans nog steeds werkzaam is in het eveneens door hemzelf opgericht H. en volgens de IGZ - zo leest het CTG de stellingen van de Inspectie – het gevaar voor de individuele gezondheidszorg in die zin nog steeds actueel is, voert het te ver om – voor zover dit al is komen vast te staan – de gestelde onzorgvuldige zorgverlening en praktijkvoering bij het H. een rol te laten spelen bij het bepalen van de maatregel tegen de arts in de onderhavige zaak ter zake van het E. Daarbij neemt het CTG in ogenschouw dat de klacht door de IGZ is ingediend naar aanleiding van een enkele melding over het E. van de huisarts van patiënte en dat de klacht van de Inspectie ook tot alleen die patiënte beperkt is gebleven. Voorts is de arts niet eerder tuchtrechtelijk veroordeeld. Alles afwegende rechtvaardigen de ernst van de tuchtrechtelijke verwijten waarop de gegrond verklaarde klachtonderdelen zijn gebaseerd naar het oordeel van het CTG een voorwaardelijke of tijdelijke schorsing van de inschrijving in het BIG-register voor de duur van zes maanden. Een schorsing onder voorwaarden is in het onderhavige geval echter niet aangewezen, nu het opleggen van voorwaarden en het bepalen van een proeftijd hier doel mist. Niet alleen is het E. reeds opgehouden te bestaan, maar ook

heeft de arts, thans 68 jaar, ter zitting in beroep verklaard dat hij in het thans lopende jaar (2015) zijn werkzaamheden als arts zal staken. Het CTG zal de arts daarom opleggen een onvoorwaardelijke schorsing van de inschrijving als arts in het BIG-register voor de duur van zes maanden.

mr. C. Velink

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 19-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2015:96

Zaaknummer: C2014.215

Wetsartikelen: 65 lid 1 sub d Wet BIG, 47 lid 1 Wet BIG, 7:453 BW, 7:448 BW, 7:454 BW en 40 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Klaagster verwijt verweerder dat hij in de jaren dat zij patiënte bij hem was haar gebit onjuist heeft behandeld. Gegrond, zonder oplegging van maatregel wegens onherroepelijke eerder doorhaling inschrijving BIG-register.

Klaagster is vanaf 1993 tot juli 2013 patiënt geweest bij verweerder. In deze jaren is klaagster met regelmaat door verweerder aan haar gebit behandeld.

Het college overweegt als volgt.

Op de foto's van het gebit van klaagster (in elk geval vanaf 2005) zijn steeds vele ontstekingen aan de gebitselementen te zien. Daarmee wordt de stelling van klaagster bevestigd dat zij jarenlang met ontstekingen heeft gelopen. Uit het dossier blijkt dat verweerder de desbetreffende elementen frequent heeft behandeld door deze te restaureren met glasionomeercement en dat hij daarnaast antibioticum voorschreef. Het vullen met het glasionomeercement werd ook regelmatig herhaald bij dezelfde elementen, naar het college begrijpt omdat de vullingen eruit vielen of afbraken. Verweerder heeft aangevoerd dat een en ander zo gebeurde op basis van een behandelplan voor de korte termijn, waarbij de zwakke elementen zouden worden verwijderd en er desgewenst een tijdelijke prothetische voorziening zou worden gemaakt. Klaagster zou dan zelf het tijdstip bepalen wanneer de definitieve behandeling haar beslag zou krijgen. Klaagster betwist dat een en ander zo was besproken en stelt dat zij in vertrouwen is afgegaan op de door de tandarts toegepaste behandelingen. Het college overweegt dat voor de aanhoudende ontstekingen wortelkanaalbehandelingen of extracties aangewezen waren. Uit het dossier blijkt niet dat verweerder de nadelen van het afzien of het uitstellen van een van deze behandelingen uitdrukkelijk met klaagster heeft besproken. Als klaagster zelf geen haast maakte met het kiezen van een definitieve behandeling, had het op de weg van verweerder gelegen haar krachtig te adviseren om de aanhoudende ontstekingen toch goed te laten behandelen in plaats van door te gaan met het voorschrijven van antibioticum en het jarenlang herhaaldelijk vullen van elementen met glasionomeercement. Verweerder heeft in dit opzicht niet de regie

over de behandeling van het gebit van klaagster genomen. Klachtonderdeel 1 is dan ook gegrond. Verweerder heeft niet betwist dat hij het gebit nooit heeft schoongemaakt en uit het dossier blijkt ook niet dat dat is gebeurd. Daarnaast heeft verweerder niet gesteld en is ook niet anderszins gebleken dat hij klaagster hiertoe heeft verwezen naar een mondhygiëniste. Daarom is klachtonderdeel 2 ook gegrond. Aangezien verweerder niet heeft bestreden dat hij van twee kiezen één kies heeft gemaakt door ze aan elkaar vast te plakken met een noodvulling en ook niet dat hij twee kiezen heeft getrokken terwijl de verdoving nog niet werkte, zijn deze stellingen van klaagster komen vast te staan. Daarom zijn de klachtonderdelen 3 en 4 gegrond. Het is het college bekend dat verweerder bij beslissing van 18 februari 2014 (van dit college) de maatregel van doorhaling van de inschrijving in het BIG-register is opgelegd en dat deze maatregel onherroepelijk is geworden. De tandarts heeft te kennen gegeven dat hij zijn praktijk inmiddels heeft verkocht en geen tandheelkundige verrichtingen meer zal uitvoeren. Deze feiten en omstandigheden leiden ertoe dat het college ondanks de gegrondverklaring van de klacht geen tuchtrechtelijke maatregel oplegt.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 17-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2015:32

Zaaknummer: 2014-050

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Een tandarts wordt verweten dat hij vullingen onjuist heeft aangebracht, op ondeugdelijke wijze een kroon heeft geplaatst, ten onrechte heeft geadviseerd tot plaatsing van een kroon en dat zijn praktijkvoering te wensen over liet. Waarschuwing.

Verweerder is tandarts en was sinds 1997 werkzaam in een praktijk met circa 7000 patiënten. In 2010 heeft verweerder zijn patiëntenbestand in omvang teruggebracht. Klager is vanaf eind augustus 2002 gedurende tien jaar patiënt geweest van verweerder. Verweerder heeft element 46 op 29 september 2010 voorzien van een gegoten metalen kroon, nadat hij op 15 mei 2009 eerst een kroon van plastisch materiaal had geplaatst. Element 36 heeft verweerder in de periode 2006 tot en met 2012 herhaaldelijk voorzien van een composietvulling: op 26 september 2009 een 1-vlaksvulling, op 15 mei en 3 december 2009 een 2-vlaksvulling en op 23 juni 2011 en 16 februari 2012 een 3-vlaksvulling. Nadat element 36 op 20 maart 2012 was gebroken, heeft verweerder geadviseerd op dit element een kroon te plaatsen. Klager zou hiertoe een afspraak maken. Klager en zijn echtgenote, die eveneens patiënt was in de praktijk van verweerder, hebben bij mailbericht een klacht ingediend bij verweerder over de in hun ogen onjuiste tandheelkundige zorg die verweerder had verleend. Bij aangetekende brief gericht aan verweerder hebben klager en zijn echtgenote hun klacht herhaald. Verweerder heeft noch op de mail noch op de brief gereageerd.

Het college overweegt als volgt. Als vaststaand feit wordt aangenomen dat de door verweerder aangebrachte vullingen herhaaldelijk eruit vielen of afbraken, waarna ze opnieuw werden gerepareerd. Het bij herhaling afbreken en moeten repareren van aangebrachte vullingen wijst mogelijk op een onjuist uitgevoerde behandeling. In ieder geval had dit verweerder ertoe moeten brengen bij zichzelf te rade te gaan of zijn werkwijze aanpassing dan wel verbetering behoeft. Niet is gebleken dat verweerder dit heeft gedaan. Dat de vullingen door verweerder met verouderde technieken zijn aangebracht of dat bij het vullen cariës over het hoofd is gezien, is niet komen vast te staan. Het kosteloos repareren van een vulling die er binnen een paar jaar is uitgevallen, is in beginsel een juiste handelwijze. Verweerder had dergelijke reparaties echter wel moeten noteren op de patiëntenkaart, al is het alleen al omdat notering

ervan kan bijdragen aan reflectie op de kwaliteit van het eigen handelen. Het niet gebruiken van een rubberdam bij het aanbrengen van vullingen ontmoet bij het college geen bedenkingen. Nu verweerders werkwijze aangaande het aanbrengen van vullingen niet optimaal was, hij zijn werkwijze op dit punt niet heeft geëvalueerd of heeft aangepast en hij reparaties niet altijd op de patiëntenkaart heeft genoteerd, is dit klachtonderdeel gegrond. Het college heeft geen aanmerkingen op het door verweerder gegeven advies tot plaatsing van een kroon op element 36. Over de wijze waarop verweerder element 46 heeft voorzien van een kroon merkt het college daarentegen het volgende op. Verweerder had op 29 september 2010 geen kroon mogen plaatsen op element 46, omdat op eerdere röntgenfoto's uit 2009 al zichtbaar was dat sprake was van afwijkingen aan de wortelpunten van element 46, hetgeen duidt op een mogelijke ontsteking aan de wortel van dat element. Verweerder had pas een definitieve en kroon mogen plaatsen, nadat deze afwijkingen in de wortelpunten van element 46 afdoende zouden zijn behandeld, of nadat hij het risico van het in die omstandigheden plaatsen van een kroon met klager zou hebben besproken. Andere mogelijkheid zou zijn geweest om klager voor specialistische zorg door te verwijzen. Dit klachtonderdeel is gegrond. Verweerder had van 1997 tot en met 2010, voordat hij zijn patiëntenbestand in omvang had teruggebracht, een grote praktijk met circa 7000 patiënten. Dit gegeven ontslaat verweerder uiteraard niet van zijn verantwoordelijkheid om goede tandheelkundige zorg te verlenen aan ieder van zijn patiënten. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij gelet op de omvang van zijn patiëntenbestand welbewust en weloverwogen gekozen heeft voor een zogenaamd 'afwachter beleid', waarbij hij weinig controle-röntgenfoto's maakte. Hij verwees in dit verband naar de opmerking van een derde, inhoudende: 'wat je niet ziet, hoeft je ook niet te behandelen'. Op klagers patiëntenkaart staan noch in de periode vóór 2010, noch in de periode daarna (toen verweerder een in omvang juist meer overzichtelijke praktijk had gekregen) controlefoto's genoteerd. Verweerder heeft evenmin verklaard dat hij bij klager controlefoto's heeft gemaakt. Daarom moet het ervoor worden gehouden dat deze niet zijn gemaakt, terwijl dat regelmatig (meestal om de twee tot drie jaar) wel had gemoeten, teneinde in een vroeg stadium afwijkingen te kunnen constateren en deze te kunnen behandelen. Op dit punt is verweerder een ernstig verwijt te maken, niet alleen met betrekking tot de aan klager op dit punt verleende diagnostische zorg, maar juist ook in bredere zin met betrekking tot het door verweerder op dit punt in zijn praktijk gevoerde beleid. Daarbij komt dat verweerder in 2002 – toen hij al jarenlang een in omvang (te) grote praktijk had – klager niet in zijn praktijk had moeten aannemen. Voorts is de dossiervoering ondermaats. Niet alle uitgevoerde behandelingen staan genoteerd. Dit had wel gemoeten, mede omdat dat het inzicht in (de kwaliteit) van het eigen handelen kan vergroten. Wat betreft de bijscholing heeft verweerder noch de aard en onderwerpen van de bijscholing, noch de gemiddeld daaraan bestede tijd voldoende concreet kunnen maken. Dit roept bedenkingen op bij het college. Het bij herhaling

niet reageren op een door klager en zijn echtgenote bij mail en brief geformuleerde klacht, is niet een passende reactie; het behoort tot professionele praktijkvoering om op dergelijke correspondentie schriftelijk dan wel mondeling te reageren. Ook dit klachtonderdeel is gegrond. De klachtonderdelen en de feitelijke uitgangspunten in deze procedure zijn in veel opzichten identiek aan dan wel vertonen gelijkenis met die in de procedure tussen de echtgenote van klager en verweerder, waarin verweerder vandaag een berisping krijgt. Om die reden volstaat het college in deze procedure met het opleggen van de maatregel van waarschuwing.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 17-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2015:33

Zaaknummer: 2013-258

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG en 7:454 BW

RECHTSPRAAK

X/Y

Klaagster verwijt tandarts dat hij meerdere onjuiste diagnoses heeft gesteld, onvoldoende informatie heeft verstrekt, met name met betrekking tot parodontale aandoeningen, geen dan wel niet de juiste medicijnen heeft voorgeschreven en dat hij ten onrechte klaagster niet heeft doorverwezen naar een gespecialiseerde beroepsgenoot dan wel specialist. Gegrond, zonder oplegging van maatregel.

Klaagster is van februari 1995 tot april 2012 patiënt geweest in de praktijk van de verweerder.

Het college overweegt als volgt.

Uit de stellingen van partijen en de overgelegde dossiers blijkt dat klaagster in 1995 met een slecht gebit bij verweerder onder behandeling is gekomen en dat de staat van het gebit van klaagster in de loop van de jaren daarna nog slechter is geworden. Nadat in 2002 cariës aanwezig bleek te zijn bij de frontelementen heeft verweerder deze elementen herhaaldelijk met glasionomeercement gevuld. In het algemeen wordt voor vullingen gebruikgemaakt van composiet, waarvan de plaatsing vooraf wordt gegaan door het in meerdere of mindere mate prepareren van het gebitselement. De alternatieve wijze van vullen, met het gebruik van glasionomeercement, waarbij eventueel niet hoeft te worden geboord, is niet zozeer een ondeugdelijke methode, maar is geen adequate vervanging van behandeling met composiet, zeker niet voor de langere termijn. Deze wijze van behandeling wordt doorgaans toegepast indien het gebruik van composiet als vulmateriaal, met andere voor- en nadelen, niet wenselijk is. In deze procedure is niet gebleken waarom bij klaagster voor deze methode is gekozen, althans dat dit bij haar de meest geïndiceerde methode was en ook bleef, toen de vulling herhaaldelijk hersteld moest worden. Ook is niet aannemelijk geworden dat klaagster de keuze is voorgehouden om te kiezen voor de professionele standaard, dus de behandeling met composiet. Dat klaagster zo lang mogelijk de bestaande elementen wilde behouden nam de verplichting van verweerder niet weg om haar uitdrukkelijk te informeren over de mogelijke nadelige gevolgen van het uitstellen van behandelingen. Daarvan blijkt niet uit het dossier. In dit opzicht is de klacht gegrond. Als behandeling van wortelpuntontstekingen koos

verweerder regelmatig voor het voorschrijven van een antibioticum en het vullen van het element met glasionomeercement, terwijl niet is gebleken waarom verweerder niet heeft gekozen voor de bij die diagnose aangewezen wortelkanaalbehandeling of voor extractie. Ook blijkt niet dat verweerder klaagster heeft voorgehouden dat een wortelkanaalbehandeling nodig was of dat het element had moeten worden geëxtraheerd. Daarom kan niet worden gezegd dat klaagster geïnformeerd heeft ingestemd met de toegepaste behandeling of met het achterwege laten van de alternatieve behandeling. Ook op dit punt is de klacht gegrond. Uit het dossier blijkt dat verweerder inzake de parodontitis niet heeft gewerkt volgens het 'Paroprotocol'. Hij heeft geen DPSI (Dutch Periodontal Screening Index) bijgehouden, die sinds 1998 algemeen wordt toegepast. De in het dossier terug te vinden pocketstatus in 2007 heeft niet tot adequate actie geleid. Verweerder had klaagster hiervoor ofwel naar een ter zake deskundige moeten verwijzen ofwel haar zelf parodontaal moeten behandelen. Het geven van voorlichting over mondhygiëne kan daarvoor niet in de plaats komen; dat is slechts een onderdeel van een parodontale behandeling. Dit aspect van de klacht is dan ook gegrond. Het college heeft niet kunnen vaststellen dat verweerder op het moment dat hij klaagster een geneesmiddel voorschreef waarvoor zij allergisch was, van die allergie op de hoogte was. Dit deel van de klacht is niet gegrond. Het college stelt vast dat verweerder in een aantal gevallen niet de juiste behandeling heeft toegepast en onvoldoende informatie aan klaagster heeft gegeven over alternatieve mogelijkheden. Er was geen sprake van een behandelplan en verweerder heeft niet de regie gevoerd over de behandeling van het gebit van klaagster. De conclusie is dat de klacht gegrond is. Daaraan staat niet in de weg de stelling van verweerder bij dupliek dat klaagster niet erg gemotiveerd was voor de behandelingen, nu zij vele malen niet verscheen op afspraken of deze afzegde. Van niet-verschijnen en afzeggingen blijkt inderdaad uit het dossier, maar daaruit blijkt ook dat er sprake is geweest van zeer frequente behandelingen, die op zich zelf wel tuchtrechtelijk getoetst kunnen worden. Het is het college ambtshalve bekend dat verweerder bij beslissing van 18 februari 2014 de maatregel van doorhaling van inschrijving in het BIG-register is opgelegd en dat deze maatregel onherroepelijk is geworden. Verweerder heeft te kennen gegeven dat hij zijn praktijk inmiddels heeft verkocht en geen tandheelkundige verrichtingen meer zal uitvoeren. Deze feiten en omstandigheden leiden ertoe dat het college ondanks de gegrondverklaring van de klacht geen maatregel oplegt.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 17-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2015:31

Zaaknummer: 2014-065

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG en 7:453 BW

RECHTSPRAAK

X/Y

Klacht tegen plastisch chirurg inhoudende dat hij bij het intakeconsult is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens klaagster behoorde te betrachten en voorts dat de ingreep door hem niet lege artis is verricht. Hij zou klaagster in plaats van de gevraagde neuspuntcorrectie een uitgebreide neuscorrectie hebben opgedrongen, geen navraag hebben gedaan naar klaagsters financiële positie en bovendien heeft de ingreep niet tot verbetering geleid. Waarschuwing.

Verweerder was als plastisch chirurg werkzaam in het F te E. Klaagster stoort zich al een groot deel van haar leven aan haar neus, in het bijzonder aan de positie van haar neuspunt (te veel naar beneden). In het voorjaar van 2009 heeft zij daarover een plastisch chirurg geconsulteerd in het G te H. Deze legde haar uit dat haar wens kon worden bereikt door kraakbeen uit het oor te nemen en onder de huid ter hoogte van de bovenzijden van de neuspunt te plaatsen, waardoor de neus in een hogere positie zou komen te staan. In een brief van 2 april 2009 liet de arts haar weten dat de ingreep niet door haar zorgverzekeraar werd vergoed. Klaagster heeft van deze arts begrepen dat hij de neuspuntcorrectie in een zogenoemde privékliniek bij haar zou kunnen verrichten tegen betaling van een bedrag dat hoger lag dan € 1500. Klaagster heeft vervolgens op internet de mogelijkheden om de ingreep elders te laten verrichten verkend en is daarbij op de website van F gestuit, waar een neuspuntcorrectie voor een bedrag van € 1500 werd aangeboden. Klaagster, die op dat moment van een bijstandsuitkering leefde, stelde zich voor het bedrag uit een belastingteruggaaf te voldoen. Op 21 april 2009 heeft klaagster zich op het spreekuur van verweerder gemeld. Verweerder heeft aangegeven dat een uitgebreide neuscorrectie en niet alléén een neustipcorrectie naar zijn idee tot het fraaiste resultaat zou leiden. Het consult heeft volgens klaagster ruim een uur geduurd. Verweerder heeft klaagster daarbij foto's van het resultaat van eerdere neuscorrecties laten zien. Hij heeft haar uitgelegd dat de daaraan verbonden kosten € 4100 zouden bedragen. Klaagster heeft daarop tot die ingreep besloten. Diezelfde dag ontving klaagster een nota ad € 4100 met de mededeling dat deze uiterlijk drie dagen voorafgaand aan de ingreep (dus binnen drie dagen) moest worden voldaan. Klaagster heeft vervolgens geld geleend bij familieleden en vrienden om het bedrag te

kunnen voldoen. Op 27 april 2009 heeft verweerder de ingreep uitgevoerd. Het door de kliniek gebruikte formulier voor voorlichting en toestemming (informed consent) is klaagster diezelfde dag voorgehouden; zij heeft het direct voorafgaande aan de ingreep ondertekend. Klaagster is niet tevreden over het resultaat. Zij heeft dat bij controlebezoeken aan verweerder in het jaar na de ingreep herhaaldelijk kenbaar gemaakt. Verweerder uitte zich tevreden over het resultaat, gaf aan dat het definitieve resultaat moest worden afgewacht en dat een herstelgreep niet eerder dan een jaar na de operatie aan de orde zou kunnen zijn. Tijdens een controlebezoek van 15 juni 2010 heeft klaagster wederom aangegeven dat de neuspunt volgens haar nog steeds te veel naar beneden hangt. Verweerder heeft aangeboden een herstelgreep te verrichten. Op 18 juni 2010 heeft klaagster besloten om de correctie te laten uitvoeren. Voorafgaand aan die ingreep ontving klaagster een nota ten bedrage van € 450. Het betrof hier uitsluitend kosten van narcose. Klaagster heeft daartegen bij F geprotesteerd. Haar is te verstaan gegeven dat het bedrag voorafgaand aan de ingreep moest zijn voldaan. Klaagster heeft daarop van de herstelgreep afgezien.

Het college overweegt als volgt.

Ten aanzien van klachtonderdeel 1. Indien een patiënt zich met een specifieke zorgvraag tot een plastisch chirurg wendt, dient deze de zorgvraag goed te beluisteren, de patiënt te onderzoeken en vervolgens op basis van de operatieve mogelijkheden voor het behalen van het meest optimale resultaat tot een advies te komen. In dit geval heeft verweerder geadviseerd om niet alleen de neuspunt maar ook de neusrug te corrigeren. Hij heeft dit met klaagster besproken en haar aan de hand van foto's uitgelegd waarom die verdergaande ingreep volgens hem de voorkeur verdiende. In dat opzicht treft hem naar het oordeel van het college geen verwijt. Het consult heeft ruim een uur heeft geduurd, verweerder heeft het verschil tussen de beide ingrepen inzichtelijk gemaakt en de psychologische hinder die klaagster van de stand van haar neus zegt te ondervinden is klaarblijkelijk serieus besproken. Verweerder heeft klaagster verder duidelijk op de financiële consequenties van het één en ander gewezen. Klaagster heeft vervolgens drie dagen de tijd gehad om zich op het advies te bezinnen. Het college acht deze bedenktijd niet onverantwoord kort en neemt daarbij in aanmerking dat klaagster naar eigen zeggen al sedert jaren van plan was om iets aan haar neus te laten doen, met het oog daarop al eerder een plastisch chirurg consulteerde en via het internet ook de tarieven reeds had onderzocht. De conclusie moet zijn dat klaagster willens en wetens en in het volle bewustzijn van het bestaande alternatief (waarvoor zij bovendien een aanbod tot behandeling door een ander had) tot de geadviseerde ingreep heeft besloten. Het feit dat het formulier met de vereiste voorlichting en toestemming (informed consent) niet eerder dan vlak voor de ingreep aan haar werd voorgelegd moge minder fraai zijn, maar dat doet aan het voorgaande niet af. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel 2 treft naar het oordeel van het college evenmin doel. Zoals hiervoor reeds werd overwogen moet klaagster zich de financiële consequenties van haar keuze terdege bewust zijn geweest. Verweerder heeft haar daar duidelijk op gewezen, de tarieven die de kliniek hanteerde waren haar bovendien voorafgaand aan het consult bekend. Zonder nadere toelichting valt niet in te zien dat verweerder had moeten onderzoeken of de aan de ingreep verbonden kosten haar draagkracht te boven zouden gaan. Het gehanteerde systeem van betaling vooraf verzekert bovendien dat patiënten ook daadwerkelijk in staat zijn om het voor de te verlenen zorg benodigde bedrag op tafel te leggen. Dat klaagster aanleiding heeft gezien om daarbij de hulp van familie en vrienden in te roepen is een privéaangelegenheid die verweerder niet regardeert.

Klachtonderdeel 3 betreft de ingreep zelf. Het college stelt met nadruk voorop dat een tegenvallend resultaat, juist bij ingrepen als de onderhavige, op zichzelf niet meebrengt dat de ingreep niet volgens de regels der kunst is verricht of op een verkeerde keuze berustte. Het college leidt uit het medisch dossier af dat verweerder tijdens de ingreep van de geplande colummellar strut heeft afgezien. In ieder geval werd dat deel van de operatie niet uitgevoerd. Uit het advies blijkt dat verweerder de colummellar strut (waarmee de punt van de neus omhoog wordt gebracht) in juni 2010 alsnog aan klaagster heeft aangeboden. Nu de onvrede van klaagster over haar neus voorafgaand aan de operatie en over het resultaat vooral de positie van haar neuspunt betreft en een colummellar strut in het algemeen juist daarop zal zijn gericht, rijst de vraag waarom verweerder wat dat betreft van zijn behandelplan is afgeweken. Hoewel het op zichzelf niet uitzonderlijk is dat bevindingen tijdens een operatie tot afwijken van het preoperatieve plan nopen en verweerder daar in dit geval dus best een goede reden voor kan hebben gehad, valt uit de gedingstukken niet af te leiden waarom dat hier zo gebeurde. Enige uitleg daarvoor heeft het college noch in het overgelegde – opvallend summiere – medisch dossier, noch in het verweerschrift aangetroffen. Vervolgens wrekt zich het gegeven dat verweerder niet ter zitting aanwezig was om er alsnog opheldering over te verschaffen. Opvallend is dan ook dat verweerder bij een secundaire correctie alsnog voorstelt om een colummellar strut uit te voeren. Het college is van oordeel dat de bedoelde ondoorzichtigheid aangaande het operatieve beleid voor rekening van verweerder dient te komen. Het college neemt daarbij in aanmerking dat de zittingsdatum met inachtneming van verweerdens opgegeven verhinderdata werd gepland, dat hij daarvoor behoorlijk werd opgeroepen en dat hij zonder taal of teken te geven afwezig was. De vorenbedoelde ondoorzichtigheid brengt mee dat het ervoor moet worden gehouden dat verweerder zonder goede reden van het behandelplan is afgeweken, wat mede gelet op de inhoud van de aangeboden nadere behandeling de conclusie rechtvaardigt dat de ingreep niet volgens de gemaakte afspraken is uitgevoerd met name ten aanzien van de neustipcorrectie. Daarmee is klachtonderdeel 3 gegrond. Het college ziet in het handelen van verweerder voldoende grond

voor het opleggen van een maatregel. Daarbij dient enerzijds gewicht te worden toegekend aan het feit dat verweerder nooit eerder een tuchtrechtelijke maatregel werd opgelegd, en anderzijds aan het gegeven dat hij zich in de onderhavige procedure onvoldoende toetsbaar heeft opgesteld. Het college legt de maatregel van waarschuwing op.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 17-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2015:25

Zaaknummer: 2014/128

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Klaagster verwijt gz-psycholoog dat zij onzorgvuldig heeft gehandeld in het onderzoek naar de psychische gesteldheid van klaagster, haar ex-echtgenoot en kind dat in het kader van een echtscheidingsprocedure werd gedaan. Ongegrond.

Klaagster is gedurende de periode van 9 juni 2000 tot 16 juli 2010 gehuwd geweest met de heer E (hierna ook: 'ex-echtgenoot'). Uit die relatie is F (hierna: 'het kind') geboren. In verband met een procedure over onder meer de omgang heeft de rechtbank bepaald dat voor beide ouders en het kind een psychiatrisch en psychologisch onderzoek moest worden verricht. De onderzoeken waren bedoeld om de rechtbank te adviseren over de psychologische en psychiatrische gesteldheid van de ouders, de verschillende aspecten van de ontwikkeling van het kind en over de mogelijkheden om uit de impasse te geraken waarin de ouders en het kind waren beland gedurende een langslpend en sterk geëscaleerd conflict als gevolg waarvan het kind geen contact met zijn vader meer kon hebben. De rechtbank heeft vervolgens naast een psychiater verweerster tot deskundige benoemd. Zij heeft klaagster, het kind en de ex-echtgenoot psychologisch onderzocht. Klaagster heeft zich voor wat betreft het onderzoek van haarzelf en dat van het kind akkoord verklaard met het doel, de opzet en de procedure. Verweerster heeft haar bevindingen en conclusies neergelegd in drie afzonderlijke concept-rapportages. Verweerster heeft de onderzoeksresultaten van klaagster en die van het kind met klaagster besproken en zij heeft klaagster de beide concept-rapportages uitgereikt en haar de gelegenheid gegeven om daarop te reageren. Klaagster heeft gereageerd op beide rapportages. Verweerster heeft het commentaar van klaagster vervolgens integraal als bijlage gevoegd bij haar definitieve rapportages.

Het RTG overweegt als volgt.

Het college stelt voorop dat tussen klaagster en verweerster geen behandelrelatie bestaat dan wel heeft bestaan maar dat verweerster klaagster en het kind forensisch psychologisch heeft onderzocht teneinde de door de rechtbank gestelde vragen te kunnen beantwoorden. Dit betekent dat waar het gaat om de beantwoording van de vraag of het onderzoek vakkundig en

zorgvuldig is uitgevoerd, vol dient te worden getoetst aan de tweede tuchtnorm als bedoeld in artikel 47 lid 1 sub b Wet BIG. De klachtonderdelen keren zich (grotendeels) tegen de bevindingen en conclusies in de door verweerster uitgebrachte rapporten over klaagster en het kind. Zoals reeds weergegeven in de tussenbeslissing van het college van 19 augustus 2014 dient volgens vaste jurisprudentie van het CTG een deskundigenrapportage te voldoen aan een vijftal criteria. Daarbij wordt ten volle getoetst of het onderzoek door de deskundige uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusies van het rapport vindt een marginale toetsing plaats. In dat geval dient te worden beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen. Het college zal de over klaagster en haar zoon uitgebrachte rapporten aan de vijf criteria toetsen. Teneinde de conclusies in de over het kind en klaagster uitgebrachte rapporten te kunnen beoordelen, heeft het college verweerster opgedragen het door haar uitgebrachte rapport over de ex-echtgenoot over te leggen nu – zoals verweerster tijdens de eerste zitting heeft aangevoerd – de conclusies in de over het kind en klaagster uitgebrachte rapporten onder meer steunen op haar bevindingen over zijn vader c.q. de ex-echtgenoot. De omvang van het geschil strekt zich evenwel slechts uit tot mogelijk tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen van verweerster jegens klaagster en haar zoon en niet jegens de ex-echtgenoot. Klachtonderdelen 1, 2, 4, 5, 6 en 8. Deze klachtonderdelen zien op de inhoud en de conclusies van de door verweerster uitgebrachte rapportages over het kind en klaagster. Klaagster heeft onder meer betoogd dat verweerster onvoldoende acht heeft geslagen op informatie waaruit bleek dat haar zoon slachtoffer was van mishandeling en/of misbruik door de ex-echtgenoot. Daarnaast heeft zij – onder verwijzing naar rapporten van prof. dr. G en prof. dr. H – gesteld dat verweerster ontoereikend onderzoek heeft uitgevoerd en zich daarbij van onjuiste methodieken heeft bediend. Het college begrijpt dat klaagster van mening is dat verweerster bij haar onderzoek aan waarheidsvinding had moeten doen, in die zin, dat zij tijdens het onderzoek had moeten vaststellen of er bij het kind sprake is (geweest) van mishandeling of misbruik door haar ex-echtgenoot. Dienaangaande overweegt het college dat klaagster daarmee voorbijgaat aan de onderzoeksvraag van de rechtbank aan verweerster. Aan haar was niet de vraag voorgelegd of het kind al dan niet misbruikt en/of mishandeld is door zijn vader maar of er aanwijzingen zijn voor problematiek bij zijn sociaal-emotionele, psychoseksuele en gehechtheidsontwikkeling. Deze vragen zijn door verweerster beantwoord na uitgebreid psychologisch onderzoek, waarbij door haar gebruik is gemaakt van diverse onderzoeksmiddelen. Zo heeft zij een WISC-III-intelligentietest afgenomen, is een Familie Relatie Test gedaan, hebben er spel/gedragsobservaties plaatsgevonden en is sprake geweest van gespreksvoering. Verweerster heeft daarbij anatomisch correcte poppen ingezet om enig zicht te krijgen op de seksuele ontwikkeling van het kind. Op grond van alle onderzoeksresultaten is verweerster tot de conclusie gekomen dat de sociale ontwikkeling

leeftijdsadequaat verloopt en dat zij ten aanzien van de seksuele ontwikkeling geen aanwijzingen heeft gevonden voor een zorgelijke en/of verstoorde ontwikkeling. Anders dan klaagster is het college van oordeel dat hetgeen klaagster heeft doen aanvoeren door middel van de partijdeskundige prof. G niet tot de conclusie leidt, dat het onderzoek van verweerster ontoereikend is en dat de methodieken die zij heeft gebruikt onjuist zijn. Het bezwaar van deze deskundige is in het bijzonder gericht tegen het gebruik van de poppen door verweerster bij de gespreksvoering met het kind. Deze kritiek zou naar het oordeel van het college terecht kunnen zijn als dit middel was ingezet om te bewijzen dat er al dan niet daadwerkelijk misbruik en/of mishandeling door de vader zou hebben plaatsgevonden. Echter, daarvoor zijn deze middelen juist niet ingezet. Zij zijn niet gebruikt als diagnostisch instrument om misbruik en/of mishandeling te bewijzen maar als hulpmiddel bij de gespreksvoering, zoals verweerster heeft gesteld en het college aannemelijk acht. Het college acht deze handelwijze toegestaan. Dat poppen ook niet als hulpmiddel zouden mogen worden gebruikt, volgt niet uit de door haar overgelegde verklaring van prof. H. Dat verweerster conclusies over het kind zou hebben getrokken zonder een onderbouwing uit eigen bevindingen, zoals door klaagster is gesteld, ziet het college niet. Zo heeft zij samen met het kind de zelfbeeld-invullijst ingevuld en heeft zij hem zowel tijdens het algemene spel als tijdens de gespreksvoering geobserveerd. Uit het rapport blijkt naar het oordeel van het college genoegzaam dat verweerster informatie door derden over het kind heeft meegenomen in haar beschouwing. Een observatie van de interactie tussen de ex-echtgenoot en het kind heeft verweerster vanuit gedragsdeskundig oogpunt achterwege gelaten. Ter zitting heeft zij daartoe aangevoerd dat, aangezien het kind zijn vader al een hele tijd niet had gezien en de omgeving van zijn moeder een sterke aversie tegen zijn vader had, zij verwachtte dat een gedwongen contact met zijn vader voor het kind niet goed zou zijn. Tegen deze achtergrond heeft verweerster naar het oordeel van het college op goede gronden kunnen besluiten om niet over te gaan tot een dergelijke interactie. Dat verweerster de informatie die haar ter beschikking stond selectief gebruikt heeft, wordt door klaagster niet dan wel onvoldoende onderbouwd. Dat geldt evenzeer voor haar stelling dat verweerster te veel zou hebben geleund op dat wat zij van de ex-echtgenoot heeft gehoord. Voor de stelling van klaagster dat verweerster onvoldoende respect voor klaagster en haar zoon zou hebben getoond is het college van oordeel dat daarvoor geen enkele concrete aanwijzing bestaat. Het college stelt vast dat de deskundigenrapporten van verweerster in voldoende mate de feiten, omstandigheden en bevindingen vermelden waarop zij berusten. Ook geven zij blijk van een geschikte en algemeen aanvaarde methode van onderzoek om de voorgelegde vragen te beantwoorden, terwijl niet is gebleken dat verweerster daarbij buiten de grenzen van haar deskundigheid is getreden. Ook heeft verweerster in de rapporten in voldoende mate melding gemaakt van de bronnen waarop zij berusten en heeft zij op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden haar conclusies steunen. Al

het vorenstaande leidt tot het oordeel dat de door verweerder uitgevoerde onderzoeken de toets der kritiek kunnen doorstaan en dat de in de rapporten vermelde conclusies de marginale toets kunnen doorstaan. De klachtonderdelen zijn ongegrond. Klachtonderdeel 3. Verweerder heeft met klaagster de onderzoeksresultaten van zowel klaagster zelf als die van het kind besproken. Klaagster heeft daarop te kennen gegeven niet in te willen gaan op deze resultaten. Na afloop van dit gesprek heeft verweerder klaagster de conceptrapportages ten aanzien van zowel klaagster als van het kind ter inzage meegegeven en haar de gelegenheid geboden om daarop opmerkingen te maken. Tot zover is de handelwijze van verweerder in overeenstemming met het processuele beginsel van hoor en wederhoor. Klaagster heeft vervolgens uitvoerig gereageerd op de beide conceptrapporten waarbij door haar niet alleen feitelijke onjuistheden zijn aangegeven maar ook een inhoudelijke reactie is gegeven. Het commentaar van klaagster heeft – zo heeft verweerder gesteld – geleid tot een enkele aanpassing van feitelijke onjuistheden in het rapport maar niet tot een correctie van de interpretatie van de feiten. Zij heeft ermee volstaan om het commentaar van klaagster integraal aan het rapport toe te voegen. Verweerder heeft naar het oordeel van het college niet zorgvuldig gehandeld, door in de definitieve rapportages onvermeld te laten welke feiten zij had gecorrigeerd en op welke gronden zij tot het inzicht was gekomen dat de aanleiding ontbrak om het rapport inhoudelijk aan te passen, maar slechts te volstaan met het inhoudelijk commentaar integraal als bijlage met de rapporten mee te sturen. Dit handelen is evenwel van onvoldoende gewicht om tot tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen te concluderen. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel 7. Dit klachtonderdeel heeft betrekking op de specificatie en de hoogte van de declaratie van verweerder, bestaande uit haar onkosten en honorarium. Volgens klaagster heeft verweerder haar declaratie ondeugdelijk gespecificeerd en is deze exorbitant hoog. Door onvoldoende gegevens over te leggen die het college in staat stellen om de declaratie inhoudelijk te kunnen beoordelen, heeft klaagster niet voldaan aan haar stelplicht. Daaraan moeten te meer hoge eisen worden gesteld, omdat uit de overgelegde stukken blijkt dat zowel de rechtbank (in haar beschikking van 27 november 2013) als het gerechtshof (in zijn uitspraak van 18 maart 2014) – die wel de beschikking hadden over deze gegevens, de declaratie van verweerder hebben geaccordeerd. Het college verklaart de klacht in al haar onderdelen ongegrond en wijst deze af.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Groningen

Datum uitspraak: 17-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRGRO:2015:19

Zaaknummer: GP2014/03

Wetsartikelen: 47 lid 1 sub b Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Tandarts wordt verweten dat hij de parodontitis van klaagster te lang onbesproken en onbehandeld heeft gelaten, wortelkanaalbehandelingen niet goed heeft uitgevoerd, dat zijn praktijkvoering onder de maat was en dat hij haar minderjarige zoon een onjuist fluoradvies heeft gegeven en zijn kiesjes niet juist heeft geseald. Berisping.

Verweerder was sinds 1997 werkzaam in een praktijk met circa 7000 patiënten. In 2010 heeft verweerder zijn patiëntenbestand in omvang teruggebracht. Klaagster is op 5 mei 2002 in een weekendconsult bij verweerder in de praktijk geweest in verband met tandheelkundige klachten aan element 33. Deze klachten heeft verweerder behandeld door een wortelkanaalbehandeling uit te voeren. Klaagster is vanaf mei 2002 tot februari 2013 patiënt geweest in zijn praktijk. Verweerder heeft in die periode wortelkanaalbehandelingen uitgevoerd. Hij heeft kronen geplaatst op verschillende elementen. Verweerder heeft klaagster verwezen naar de mondhygiënist. Op 7 april 2009 heeft verweerder aan element 25 een éénkanalige wortelkanaalbehandeling uitgevoerd en dit element voorzien van 3-vlaks composietvulling. Op 24 november 2009 heeft verweerder aan dit element wederom een éénkanalige wortelkanaalbehandeling uitgevoerd, waarna hij op 29 juni 2010 een gegoten metalen kroon op dit element heeft geplaatst. Op 20 december 2011 heeft verweerder klaagster naar de kaakchirurg verbonden aan het D te E verwezen, waarna aldaar op 21 december 2012 een apexresectie is uitgevoerd aan element 25. Ook is door de kaakchirurg een OPT-opname gemaakt, waarop apicale zwartingen zichtbaar waren. Element 36 heeft verweerder op 10 november 2005 en op 30 oktober 2007 voorzien van 2-vlaks composietvullingen en op 29 januari 2008 heeft hij een driekanalige wortelkanaalbehandeling verricht. Op 12 juli 2011 heeft verweerder dit element voorzien van een gegoten metalen kroon. Op 23 oktober 2012 heeft verweerder een wortelkanaalbehandeling (met drie kanalen) uitgevoerd aan element 26. Bij klaagsters minderjarige zoon F heeft verweerder element 16 en 26 geseald. Klaagster en haar echtgenoot, die eveneens patiënt was in de praktijk van verweerder, hebben in 2013 bij mailbericht en vervolgens per aangetekende brief een klacht ingediend bij verweerder.

Verweerder heeft noch op de mail noch op de brief gereageerd.

Het college overweegt als volgt. Uitgangspunt is dat het aan de tandarts is om de regie te voeren over de controle van de kwaliteit van het tandvlees van zijn patiënten, ook nadat een verwijzing naar de mondhygiënist heeft plaatsgevonden. Een tandarts dient aan de hand van de DPSI-score (Dutch Periodontal Screening Index) op regelmatige basis de staat van het parodontium te controleren en de score op de patiëntenkaart te noteren. Een tandarts dient met zijn patiënten ook de staat van het parodontium te bespreken en instructies dienaangaande te geven. Ter zitting heeft verweerder erkend dat hij vóór het moment van verwijzing van klaagster naar de mondhygiënist in 2009 de parodontitis niet met haar heeft besproken. Ook ná de verwijzing heeft verweerder het onderwerp parodontitis en de zorg voor het tandvlees ongemoeid gelaten, omdat, aldus verweerder ter zitting, klaagster reeds bij de mondhygiënist onder behandeling was. De verklaringen van verweerder ter zitting in samenhang bezien met de patiëntenkaart van klaagster waarop geen DPSI-scores zijn ingevuld, brengt het college tot het oordeel dat verweerder onvoldoende aandacht heeft besteed aan de (regie over de) zorg voor klaagsters tandvlees. Dit klachtonderdeel is dan ook gegrond. Het college constateert allereerst dat de kwaliteit van de door verweerder uitgevoerde wortelkanaalbehandelingen te wensen over liet. Op de OPT-opname die door de kaakchirurg in het D was gemaakt, waren bij al die elementen apicale zwartingen zichtbaar, wat een aanwijzing is voor afwijkingen dan wel ontstekingen aan de wortelpunten. Voorts wordt opgemerkt dat verweerder, aldus zijn verklaring ter zitting, bij het uitvoeren van de wortelkanaalbehandelingen geen zogenaamde 'rubberdam' heeft gebruikt. Een rubberdam is een rubber lapje met een uitsparing voor het te behandelen element, dat in de mond van een patiënt wordt aangebracht. Een rubberdam dient bij wortelkanaalbehandelingen immer te worden gebruikt ter voorkoming van onder andere contaminatie- en aspiratiegevaar, aldus ook de Richtlijn Quality guidelines for endodontic treatment: consensus report of the European Society of Endodontology, waar de Nederlandse Vereniging van Endodontologie naar verwijst. Uit de behandelkaart en de overgelegde röntgenfoto's blijkt dat verweerder aan element 25 in 2009 twee keer een éénkanalige wortelkanaalbehandeling heeft uitgevoerd en vervolgens op 29 juni 2010 op dit element een definitieve kroon heeft geplaatst. Over deze handelwijze merkt het college het volgende op. Allereerst had verweerder bij de behandeling van het tweede kanaal ook de kanaalvulling van het eerste kanaal moeten verwijderen en opnieuw moeten behandelen. Dit heeft verweerder nagelaten met als gevolg het laten ontstaan van een besmettingsrisico, waarbij het tweede, nog geïnfecteerde, kanaal het eerste kanaal wederom kon besmetten. Ten tweede had verweerder geen definitieve kronen mogen plaatsen op de elementen 25 en 36, omdat op de röntgenfoto's toen al zichtbaar was dat er afwijkingen waren aan de wortelpunten van deze elementen. Bovendien had klaagster pijnklachten. De afwijkingen op de foto's juist in combinatie met haar pijnklachten, vormden

een sterke aanwijzing voor een ontsteking aan de wortelpunten van deze elementen. Verweerder had pas definitieve kronen mogen plaatsen nadat de afwijkingen in de wortelpunten van de elementen 25 en 36 afdoende zouden zijn behandeld, of nadat hij het risico van het in die omstandigheden plaatsen van een kroon met klaagster zou hebben besproken. Een andere mogelijkheid zou zijn geweest om klaagster voor specialistische zorg door te verwijzen. Dit klachtonderdeel is gegrond. Verweerder had van 1997 tot en met 2010, voordat hij zijn patiëntenbestand in omvang had teruggebracht, een grote praktijk met circa 7000 patiënten. Dit gegeven ontslaat verweerder uiteraard niet van zijn verantwoordelijkheid om goede tandheelkundige zorg te verlenen aan ieder van zijn patiënten. Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij gelet op de omvang van zijn patiëntenbestand welbewust en weloverwogen gekozen heeft voor een zogenaamd 'afwachtend beleid', waarbij hij weinig controle-röntgenfoto's maakte. Hij verwees in dit verband naar de opmerking van een derde, inhoudend: 'wat je niet ziet, hoef je ook niet te behandelen'. Op klaagsters patiëntenkaart staan noch in de periode vóór 2010, noch in de periode daarna (toen verweerder een in omvang juist meer overzichtelijke praktijk had gekregen) controlefoto's genoteerd. Verweerder heeft evenmin verklaard dat hij controlefoto's bij klaagster heeft gemaakt. Daarom moet het ervoor worden gehouden dat deze niet zijn gemaakt, terwijl dat wel regelmatig (meestal om de twee tot drie jaar) had gemoeten, om in een vroeg stadium afwijkingen te kunnen constateren en deze te kunnen behandelen. Op dit punt is verweerder een ernstig verwijt te maken, niet alleen met betrekking tot de aan klaagster op dit punt verleende diagnostische zorg, maar juist ook in meer algemene zin met betrekking tot het door verweerder op dit punt in zijn praktijk gevoerde beleid. Daarbij komt dat verweerder in 2002 – toen hij al jarenlang een in omvang (te) grote praktijk had – klaagster niet in zijn praktijk had moeten aannemen. Wat betreft de bijscholing heeft verweerder noch de aard en onderwerpen van de bijscholing, noch de gemiddeld daaraan bestede tijd, voldoende concreet kunnen maken. Dit roept bedenkingen op bij het college. Het bij herhaling niet reageren op een door klaagster en haar echtgenoot (die ook bij verweerder patiënt was) bij mail en brief geformuleerde klacht, is niet een passende reactie; het behoort tot professionele praktijkvoering op dergelijke correspondentie schriftelijk dan wel mondeling te reageren. Ook dit klachtonderdeel is gegrond. Het door verweerder gegeven fluoride-advies om met een fluoride-houdende tandpasta twee maal daags te poetsen, is in lijn met het advies fluoride van het Ivoren Kruis en daarover heeft het college geen opmerkingen. Dit geldt evenzo voor het sealen van de kiesjes: het moge zo zijn dat het seal-laagje niet meer zichtbaar is met het blote oog, maar dit betekent niet zonder meer dat het zijn werk niet meer doet. Het sealmateriaal is in de diepe groeven van de kiesjes veelal nog aanwezig. Het onder alle omstandigheden sealen van de zijkant van de kiesjes is niet geïndiceerd. Dit klachtonderdeel is niet gegrond. Met betrekking tot de op te leggen maatregel merkt het college op dat het niet kan volstaan met

een waarschuwing, nu het niet gaat om handelen waarvoor een zakelijke terechtwijzing volstaat. Het gaat daarentegen om meerdere en ernstige tekortkomingen in de aan klagster verleende zorg, die bovendien voortkomen uit een onjuist (behandel)beleid. De maatregel van berisping wordt opgelegd.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 17-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2015:30

Zaaknummer: 2013-256

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG, 7:453 BW en 7:454 BW

RECHTSPRAAK

X/Y

Klaagsters is tandartsassistente en beschuldigt de tandarts bij wie zij werkte van seksuele intimidatie jegens haar. Klaagster is ontvankelijk in haar klacht. Gebrek aan bewijs. Klacht kennelijk ongegrond en afgewezen.

Verweerder is als tandarts (met het specialisme orthodontie) werkzaam bij E te B. Klaagster is in dienst getreden bij de werkgever van verweerder als tandartsassistente. Tot mei 2013 heeft klaagster als (ortho-)assistente van verweerder gewerkt. In april 2013 heeft klaagster geklaagd over de houding van verweerder jegens haar. Op 11 juni 2013 is klaagster de assistente geworden van een andere tandarts in de praktijk.

Het RTG overweegt als volgt.

Ten aanzien van de ontvankelijkheid van klaagster overweegt het college als volgt. Klaagster begeeft zich als (ortho-/tandartsassistente feitelijk op het gebied van de individuele gezondheidszorg. De gestelde gedragingen van verweerder zijn van invloed op klaagsters beroepsuitoefening als (ortho-/tandartsassistente, nu is gesteld dat verweerder zich tijdens het werk, ook wanneer klaagster met een patiënt bezig was, herhaaldelijk schuldig heeft gemaakt aan seksuele intimidatie tegenover haar. Klaagster heeft bij haar klacht aldus een bijzonder eigen en rechtstreeks belang, dat kan worden geplaatst in het kader van de individuele gezondheidszorg en zij kan daarom worden aangemerkt als rechtstreeks belanghebbende in de zin van artikel 65 lid 1 sub a van de Wet BIG. Daaraan doet niet af dat klaagster niet BIG-geregistreerd is. De gestelde gedragingen van verweerder kunnen voorts worden geplaatst in het kader van de individuele gezondheidszorg in het algemeen en kunnen dus hun weerslag daarop hebben. Aldus valt dit handelen onder de werkingssfeer van de tweede tuchtnorm als omschreven in artikel 47 lid 1 sub b van de Wet BIG. Voor wat betreft de inhoudelijke beoordeling van de klacht overweegt het college het volgende. De partijen spreken elkaar in de stukken volledig tegen. Verweerder heeft dat wat klaagster heeft gesteld gemotiveerd ontkend. De producties die klaagster heeft overgelegd gaan alle terug naar één bron, te weten de eigen verklaring van klaagster, zodat deze ontoereikend zijn om te kunnen

vaststellen dat de door klaagster gestelde seksuele intimidatie heeft plaatsgehad. Er kan dus niet worden vastgesteld dat klaagster het gelijk aan haar zijde heeft. Dat wil niet zeggen dat aan het woord van verweerder meer waarde wordt gehecht dan aan dat van klaagster, maar alleen dat, waar klaagster haar verwijten aan verweerder aannemelijk moet maken, zij daarin niet is geslaagd. Nu geen bewijs voor de stellingen van klaagster voorhanden is, zal de klacht zonder nader onderzoek als kennelijk ongegrond worden afgewezen.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 17-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2015:34

Zaaknummer: 2914-136

Wetsartikelen: 65 lid 1 sub a Wet BIG en 47 lid 1 sub b Wet BIG

RECHTSPRAAK

IGZ/X***Klacht van IGZ tegen psychiater die is tekortgeschoten in zijn functie als hoofdbehandelaar en onvoldoende invulling heeft gegeven aan zijn taak als supervisor van een AIOS. Berisping.***

Op 28 mei 2013 heeft E. melding gedaan bij klaagster A. van het niet natuurlijk overlijden van patiënte op de afdeling Spoedeisende Psychiatrie. Daaraan ging het navolgende vooraf. Patiënte was sinds zeven jaar in zorg geweest bij het centrum psychotische stoornissen van E. De laatste evaluatie van haar behandelplan was van 29 januari 2012. Sinds september 2012 was ze overgedragen aan het FACT-team, waar ze in maart 2013 voor het eerst werd gezien. Op eigen initiatief is patiënte in het voorjaar van 2013 opgenomen geweest op de afdeling psychiatrie van het F. in verband met een onderzoek naar het herpesvirus en schizofrenie. De psychiater aldaar had haar geadviseerd om de medicatie om te zetten naar clozapine. Op 25 april 2013 vond het eerste contact plaats tussen de FACT-psychiater met patiënte en haar ouders. De FACT-psychiater nam het advies over omdat behandeling met Zyprexa (olanzapine) en Risperdal (risperidon) niet tot het gewenste resultaat had geleid. Patiënte gaf toestemming voor een (langzame) afbouw van Risperdal en de opbouw van clozapine. De FACT-psychiater nam in de ochtend van die dag telefonisch contact op met verweerder met het verzoek tot een opname. Bij de telefonische overdracht is meegedeeld dat patiënte Risperdal slikte, welke medicatie diende te worden afgebouwd; in plaats daarvan zou patiënte, die bekend was met schizofrenie, moeten worden ingesteld op clozapine. Zij reageerde niet op gangbare antipsychotica. Er werd niet gesproken over een te volgen medicatieschema of over bejegening. De (vrijwillige) opname heeft nog diezelfde dag 's middags plaatsgevonden. Verweerder was die middag, zoals altijd op de donderdagen, afwezig. Vanwege een aansluitende vakantie was verweerder verder tot de ochtend van 6 mei 2013 afwezig. De afspraak was dat verweerder tijdens zijn afwezigheid zou worden waargenomen door een collega. Er is geen schriftelijk stuk met betrekking tot de overdracht aan de collega getraceerd. Bij afwezigheid van verweerder heeft de AIOS overleg gehad met de collega-psychiater over het medicatiebeleid (zoals vastgelegd in het dossier). Op 26 april 2013 werd bloed geprikt en op 27 april 2013 werd het medicatiebeleid gestart. Afgesproken werd – in afwijking van het met de FACT-psychiater besproken beleid – dat de Risperdal versneld zou worden afgebouwd

omdat het geven van twee soorten antipsychotica niet wenselijk was in verband met bijwerkingen. De laatste toediening van Risperdal vond plaats op 28 april 2013. Op 1 mei 2013 gaf patiënte aan dat zij te veel medicatie kreeg en ook de ouders spraken hun zorg uit over de snelle afbouw. De AIOS heeft in een gesprek de versnelde afbouw uitgelegd. Op 8 mei 2013 was patiënte nog steeds psychotisch. Op 11 en 12 mei verbleef patiënte veel op haar kamer. De verpleging wees haar op haar eigen verantwoordelijkheid voor de was en het halen van medicatie. Op 13 mei moest patiënte braken en voelde zich ziek. Ze was weigerachtig ten aanzien van haar medicatie-inname. De verpleging sprak haar erop aan dat ze haar eigen kamer moest schoonhouden. De daaropvolgende dagen kwam er een tweede melding van braken en diarree. Op 14 mei deed de coassistent lichamelijk onderzoek bij patiënte. Op 16 mei verhuisde ze naar de high care unit van de kliniek. Op 17 mei belde het lab in verband met een verhoogde clozapinespiegel. De AIOS vroeg extra labonderzoek aan voor 20 mei en maakte aantekening in het verpleegdossier waar de verpleging op moest letten (koorts, verwarring, convulsies, hypotensie, delirium en hartklachten en bij de minste twijfel overleg met de voorwacht). Op 18 mei maakte de verpleegkundige aantekening dat patiënte zich niet goed voelde. Van 18 tot en met 23 mei zijn er geen aantekeningen in het dossier dat pols, temperatuur en bloeddruk zijn gemeten. Op 21 mei werd patiënte besproken in een vergadering, met aantekeningen inhoudende dat ze het goed deed op een lage dosis clozapine, maar wel een hoge clozapinespiegel had. Er vond een gesprek plaats tussen de verpleging en de ouders, die vonden dat patiënte slecht werd verzorgd en verwaarloosd werd gedurende tweeënhalve week. Op 22 en 23 mei vonden vergaderingen over patiënte plaats, zonder aantekeningen. Op 24 mei deed de AIOS lichamelijk onderzoek bij patiënte, waarvan zij – post mortem – op 27 mei verslag deed. Zij constateerde een zekere kortademigheid, vroeg aanvullend onderzoek aan en gaf de verpleging opnieuw opdracht om dagelijks pols, temperatuur en bloeddruk te meten. Ze verzocht de verpleging om patiënte te activeren en meer op de afdeling te laten zijn zodat haar toestand beter in beeld zou komen. Ze deed telefonisch verslag aan de vader en sprak over de afspraken met de ervaringsdeskundige. Patiënte ging die avond zwemmen met haar vader, die bij terugkomst en ook al in de auto meermalen tegenover de ervaringsdeskundige zijn zorg uitsprak over de lichamelijke toestand van patiënte. Op 25 mei mat een leerling-verpleegkundige tussen 9.00 en 10.00 uur pols en temperatuur; bloeddruk meten lukte niet. Om 15.45 uur meldde een medepatiënt dat hij patiënte hoorde huilen. Dit was ook al door een collega gehoord. Het verpleegkundig team besloot niet direct te reageren. Om 15.55 uur werd patiënte door een ervaringsdeskundige bezocht die haar in zorgwekkende toestand aantrof. Reanimatie werd gestart. Om 16.35 uur werd het overlijden van patiënte vastgesteld. De conclusie van het obductierapport is dat het intreden van de dood verklaard wordt door een hartspierontsteking op basis van een overgevoeligheidsreactie, namelijk een zogenaamde clozapine-geïnduceerde myocarditis.

Het RTG overweegt als volgt.

Het college stelt voorop dat patiënte, gedurende haar opname, niet de behandeling heeft gehad die zij en haar familie hadden mogen verwachten. Zij heeft, bijna bij voortduring, onvoldoende aandacht gehad, is onvoldoende deskundig behandeld en begeleid; zij is het slachtoffer geworden van slechte communicatie tussen de betrokken hulpverleners en, ten slotte, ook van de kwantitatieve en deels ook kwalitatieve onderbezetting van de afdeling. Klachtonderdelen 1, 3, 4, 5, 6, 7 en 8 hebben betrekking op de uitvoering van het hoofdbehandelaarschap door verweerder. Verweerder was, zoals hij ter zitting heeft erkend, de hoofdbehandelaar van patiënte gedurende de periode dat hij tijdens de opname van patiënte aanwezig was op de afdeling. Als uitgangspunt dient te gelden dat de hoofdbehandelaar, naast de zorg die hij als zorgverlener ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast is met de regie van de behandeling van de patiënt. De regie houdt in algemene zin in dat de hoofdbehandelaar:

- (i) ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt zijn betrokken op elkaar zijn afgestemd en gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;
- (ii) voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.

Meer in het bijzonder zal de regievoering door de hoofdbehandelaar ten minste moeten inhouden dat hij:

- (a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden schept waaronder de behandeling verantwoord kan worden uitgevoerd;
- (b) de betrokken zorgverleners in staat stelt een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de patiënt;
- (c) in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert is op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten laat informeren door de specialisten van de andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is;
- (d) toetst of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft gezorgd dat de bij de verschillende zorgverleners

ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;

(e) in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;

(f) als hoofdbehandelaar de patiënt en zijn naaste betrekkingen voldoende op de hoogte houdt van het beloop van de behandeling en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.

Het is zonneklaar dat verweerder als hoofdbehandelaar is tekortgeschoten. Hij heeft de daarop gebaseerde klachtonderdelen, behoudens klachtonderdeel 8, ook ondubbelzinnig erkend. Met betrekking tot klachtonderdeel 8, betreffende de communicatie met patiënte en haar familie, beroept hij zich erop dat deze communicatie werd verzorgd door de SPV en de AIOS en dat hem geen tekortschieten in toezicht hierop kan worden verweten. Het college volgt dit verweer niet. De familie heeft diverse malen tot uiting gebracht dat zij ongerust was over de gang van zaken en heeft zich daarbij duidelijk niet gehoord gevoeld. Verweerder had, nu hem dit aan de hand van het dossier duidelijk had kunnen en moeten zijn, als hoofdbehandelaar wel degelijk meer aandacht daarvoor moeten hebben. Hij kan deze verantwoording niet (uitsluitend) bij anderen leggen. Dat hij, zoals hij stelt, niet op de hoogte is gesteld van de telefonische mededelingen van de vader op 24 mei, laat het voorgaande onverlet.

Verweerder heeft ook, vanaf het eerste begin, onvoldoende invulling gegeven aan zijn taak als supervisor van de AIOS, die als zodanig bij aanvang van de opname van patiënte, net drie weken ervaring had. Verweerder had zich ervan bewust behoren te zijn dat de AIOS mogelijk niet bekwaam was om zonder intensieve begeleiding en controle, waaraan het heeft ontbroken, de van aanvang complexe behandeling van patiënte uit te voeren. Verweerder heeft ook erkend dat hij hierbij is tekortgeschoten. Alle klachtonderdelen zijn gegrond.

Er is sprake van ernstig verwijtbaar tekortschieten bij de behandeling van patiënte. Weliswaar kan niet alles wat er fout is gegaan aan verweerder worden toegerekend, maar verweerder had als hoofdbehandelaar/supervisor van de AIOS wel een spilfunctie en die heeft hij zeer onvoldoende ingevuld. Verweerder beroept zich te zijner verontschuldiging erop dat hij overbelast was met een onderbezette afdeling, waarvoor hij eerder bij het bestuur, zonder succes, aandacht en maatregelen had geëist, zelfs met dreiging van ontslagneming. Verder heeft hij erop gewezen dat hij van de dertig dagen durende opnameperiode van patiënte slechts acht dagen aanwezig is geweest, hetgeen zijn taak van hoofdbehandelaar/supervisor zeer bemoeilijkte. Hoewel het college enig begrip kan opbrengen voor de moeilijke positie waarin verweerder verkeerde, blijft het toch mede de verantwoording van verweerder om niet

te werken in een omgeving waarin geen verantwoorde zorg kan worden geboden en kan hem dit ook tuchtrechtelijk worden verweten. Ook het feit dat verweerder slechts een beperkte periode aanwezig is geweest, bevrijdt hem niet van tuchtrechtelijke verwijtbaarheid, nu dit nadeel door (zorgvuldig vastgelegde) overdrachten – waarvan in het onderhavige geval geen sprake is geweest – kan worden gecompenseerd. Gelet enerzijds op de ernst van de aan verweerder gerichte gegronde verwijten en enigszins rekening houdende met de moeilijke omstandigheden waarin verweerder verkeerde, komt het college tot het opleggen van een berisping als passende maatregel.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 12-01-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2015:2

Zaaknummer: 14218

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

In de onderhavige casus wordt een psycholoog aangesproken als gevolg van onjuistheden in de wettelijke aantekeningen en het verweerschrift voor de beklagcommissie. Met betrekking tot de onjuistheid in de wettelijke aantekeningen komen zowel het Regionaal als het Centraal Tuchtcollege tot de slotsom dat de klacht ongegrond is. De inhoud van de wettelijke aantekeningen wordt in beginsel niet door verweerder in zijn hoedanigheid bepaald en het behoort in beginsel ook tot de taak van anderen om de inhoud te controleren. Het tweede klachtonderdeel is door het Regionaal Tuchtcollege gegrond geacht en de maatregel van waarschuwing is opgelegd. Het Centraal Tuchtcollege daarentegen is van oordeel dat de psycholoog weliswaar een onjuiste mededeling heeft gedaan, maar dat deze in het licht van de geschetste feiten en omstandigheden onvoldoende is om de psycholoog een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Het Centraal Tuchtcollege vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege en verklaart de klacht ongegrond.

Klager verbleef tot 30 september 2013 op basis van de strafrechtelijke maatregel tbs met dwangverpleging in de instelling. In geval van een tbs-verlengingsvordering dient het Openbaar Ministerie aan de strafrechter wettelijke aantekeningen te overleggen. Deze aantekeningen worden opgesteld door de persoonlijk begeleider onder verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd. In de wettelijke aantekeningen van 4 februari 2012 staat als gevolg van de mededeling van verweerder ten onrechte dat de moeder van klager opnameapparatuur in een tweetal klinieken heeft binnengebracht. Bovendien staat in het verweerschrift voor de beklagcommissie dat sprake is geweest van 'uitbraak met gijzeling'. Klager verwijt verweerder het onder diens verantwoordelijkheid doen rapporteren van apert onjuiste feiten.

Naar het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege is de klacht betreffende de wettelijke

aantekeningen ongegrond, nu de inhoud van deze aantekeningen in beginsel niet door verweerder in zijn hoedanigheid wordt bepaald en het in beginsel ook tot de taak van anderen behoort om de inhoud te controleren. Met betrekking tot het tweede klachtonderdeel oordeelt het Regionaal Tuchtcollege dat verweerder in zijn verweerschrift aan de beklagcommissie een onjuiste mededeling heeft gedaan, welke vooral de vermelding van de gijzeling betreft. Ook het woord 'uitbraak' is echter niet juist gekozen. Klager heeft de instelling via een door hem bemachtigde sleutel zonder braak verlaten. De onjuistheid zou niet verwijtbaar zijn, indien verweerder op goede gronden mocht aannemen dat de vermelding juist was. Dat hem dit bijstond en ook zijn collega zich dat meende te herinneren is onvoldoende om aan te nemen en met stelligheid te schrijven dat een uitbraak met gijzeling heeft plaatsgevonden. Het college acht dit klachtonderdeel gegrond en legt de maatregel van waarschuwing op. Het Centraal Tuchtcollege overweegt met betrekking tot het eerste klachtonderdeel dat nu de psycholoog geen individuele zorg heeft verleend aan klager zijn handelen onder de tweede tuchtnorm van artikel 47 lid 1 van de Wet BIG valt. Met het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat het eerste klachtonderdeel ongegrond is. Met betrekking tot het tweede klachtonderdeel overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de psycholoog weliswaar een onjuiste mededeling heeft gedaan, maar dat nergens uit blijkt dat de psycholoog deze mededeling opzettelijk en kwaadwillend in het verweerschrift heeft opgenomen en dat de onjuistheid in het licht van de geschetste feiten en omstandigheden – de psycholoog heeft meteen na ontdekking de onjuistheid toegegeven, is zich bewust van de verstrekkende gevolgen en heeft meteen na ontdekking alles in het werk gesteld om de term 'gijzeling' uit alle stukken te verwijderen – onvoldoende is om de psycholoog een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Het Centraal Tuchtcollege vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege en verklaart de klacht ongegrond.

mr. drs. C. van der Kolk

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 12-03-2015

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2015:84

Zaaknummer: C2014.164

Wetsartikelen: 47 lid 1 wet BIG

RECHTSPRAAK

NMT, VvO/NZa

De tarieven voor orthodontie zijn door de NZa correct vastgesteld. Het aan de tarieven ten grondslag gelegde onderzoek is voldoende representatief. Het feit dat het onderzoek anders is verricht dan de NMT en de VvO dunkt, tast dat niet aan. Het contrast tussen het door de NZa vastgestelde norminkomen en de economische realiteit is volgens het CBb niet dermate groot, dat het niet redelijk meer te achten is.

De NZa is verantwoordelijk voor de vaststelling van tarieven voor orthodontische behandelingen. De NZa heeft door middel van haar tariefbeschikkingen de tarieven voor orthodontische behandelingen meermaals verhoogd of verlaagd. De vereniging Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Tandheelkunde (NMT) en de Vereniging van Orthodontisten (VvO) komen op voor de belangen van respectievelijk tandartsen en orthodontisten.

Op regelmatige basis wordt door de NZa – op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg – een nieuw tarief vastgesteld voor tandheelkundige of orthodontische behandelingen. Teneinde nieuwe tarieven te kunnen vaststellen heeft de NZa in 2011 opdracht geven tot het doen van onderzoek naar de kosten die door orthodontisten worden gemaakt. Sinds 2011 zijn naar aanleiding van eerdergenoemd onderzoek de tarieven tweemaal met zestien procent verlaagd. De NMT en de VvO hebben bezwaar en vervolgens beroep ingesteld tegen de verlaging van deze tarieven.

In beroep stellen de NMT en de VvO zich op het standpunt dat het verrichte onderzoek gebreken vertoont. De NMT en de VvO betogen dat het onderzoek niet representatief is voor de onderzochte groep. Zo wordt aangedragen dat het feit dat het onderzoek facultatief was, afdoet aan de betrouwbaarheid. Daarnaast zijn er onder andere bezwaren tegen vermeende inkomenspolitiek, de duur van een werkweek en de wijze van berekening van huisvestingskosten.

Het College gaat niet mee in het aangedragen betoog. Vanwege de hoge respons op het onderzoek en de spreiding van de ondervraagde klinieken binnen het totale veld (in de zin van grootte en geografische ligging) kan het onderzoek volgens het CBb gewoon worden meegenomen in de vaststelling van de tarieven. Ook op grond van de andere bezwaren ziet het College geen onaanvaardbare excessen.

Voorts heeft het CBb zich nog uitgesproken over een formeel punt. De NMT heeft betoogd dat een partij, voordat een beslissing wordt genomen over het opleggen van geheimhouding, op grond van artikel 8:29 Awb moet worden gehoord. Nu dit niet is gebeurd, is sprake van schending van artikel 6 EVRM, aldus de NMT. Het CBb heeft geoordeeld dat partijen niet voorafgaand aan de beslissing tot geheimhouding hoeven te worden gehoord. Dit geldt volgens het CBb temeer nu partijen deze beslissing in de bodemzaak ter discussie kunnen stellen. Voorts is volgens het CBb geen sprake van schending van artikel 6 EVRM (recht op een eerlijk proces) omdat, kort gezegd, is gebleken dat door de NMT ook zonder de brondatabase goed onderbouwde vraagtekens konden worden geplaatst bij de gebruikte onderzoeksmethoden en de gebruikte onderzoeksgegevens en resultaten. Deze vraagtekens hebben geresulteerd in concrete beroepsgronden.

Het CBb verklaart de beroepen ongegrond.

mr. E.E. Schaake

Instantie: College van Beroep voor het bedrijfsleven

Datum uitspraak: 05-03-2015

ECLI: ECLI:NL:CBB:2015:43

Zaaknummer: 13/621

Advocaten: M.E. Gelpke, P.C.M. Heinen, A.J.H.W.M. Versteeg, G.R.J. de Groot, H.M. den Herder en M.A.M. Verduijn

Wetsartikelen: 50 Wmg, 51 Wmg, 52 Wmg, 8:29 Awb en 6 EVRM

RECHTSPRAAK

Viva la Vida/Achmea c.s.

Inzage door de zorgverzekeraar in medische dossiers niet onrechtmatig. De zorgverzekeraar heeft de in de Regeling zorgverzekering gestelde eisen in acht genomen. Om deze reden moet de zorgaanbieder medewerking verlenen aan een fraudecontrole.

Stichting Viva la Vida levert medisch-specialistische geestelijke gezondheidszorg. Deze zorg valt onder het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Vanwege een betaalovereenkomst kan Viva la Vida rechtstreeks haar behandelingen bij een aantal landelijk werkende zorgverzekeraars, waaronder Achmea, in rekening brengen.

Naar aanleiding van anonieme verklaringen over de handelwijze van Viva la Vida, waaruit zou blijken dat handelingen zouden worden gedeclareerd die niet daadwerkelijk zijn uitgevoerd, heeft Achmea besloten een fraudeonderzoek in de zin van artikel 1 lid 1 van de Regeling Zorgverzekering in te stellen naar de declaraties van Viva la Vida. In verband met dit onderzoek heeft Achmea Viva la Vida om inzage in patiëntendossiers gevraagd. Viva la Vida heeft hier niet aan meegewerkt. Volgens Viva la Vida is het verzoek om patiëntendossiers over te leggen onrechtmatig omdat dit in strijd zou zijn met de wet- en regelgeving die is opgesteld ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van haar patiënten en het algemene belang van toegankelijkheid van de zorg dat met de bescherming van het medisch beroepsgeheim wordt gediend.

In dit geding vordert Viva la Vida, kort gezegd, om Achmea te verbieden om Viva la Vida te verplichten dan wel onder druk te zetten om Achmea inzage te verschaffen in de medische dossier van patiënten van Viva la Vida.

De voorzieningenrechter stelt voorop dat de Regeling zorgverzekering in combinatie met artikel 87 van de Zorgverzekeringswet de volgens de Wet bescherming persoonsgegevens noodzakelijke juridische grondslag voor de zorgverzekeraars geeft om formele en materiële controle te mogen uitvoeren voor in de Regeling opgenomen doelen. Anderzijds biedt de Regeling volgens de voorzieningenrechter in combinatie met artikel 87 van de Zorgverzekeringswet de zorgaanbieders het volgens de Wet bescherming persoonsgegevens

en het Burgerlijk Wetboek (geneeskundige behandelingsovereenkomst) noodzakelijke wettelijke voorschrift dat voor de zorgaanbieder aanwezig moet zijn om met een daartoe toereikende juridische grondslag te voldoen aan de verplichting het beroepsgeheim te doorbreken bij het verstrekken van medische persoonsgegevens aan de verzekeraar die volgens de procedure in de Regeling zorgverzekering formele en materiële controles uitvoert. Voldoet de verzekeraar aan de in de Regeling zorgverzekering gestelde eisen, dan is de zorgaanbieder gehouden medewerking te verlenen aan de materiële controle.

Vervolgens stelt de voorzieningenrechter vast dat Achmea aan de in de Regeling zorgverzekering gestelde eisen heeft voldaan. Zo heeft Achmea aan de hand van een specifieke risicoanalyse een specifiek controleplan opgesteld conform artikel 7.8 van de Regeling zorgverzekering. Ook zal de verwerking van de persoonsgegevens, ter bescherming van de privacybelangen van de patiënten, geschieden onder verantwoordelijkheid van een medisch adviseur.

De voorzieningenrechter wijst de vordering van Viva la Vida af.

mr. E.E. Schaake

Instantie: Rechtbank Noord-Nederland

Datum uitspraak: 26-02-2014

ECLI: ECLI:NL:RBNNE:2014:6831

Zaaknummer: C-17-132324 – KG ZA 14-35

Advocaten: E.L. de Jongh en J.H. de Boer

Wetsartikelen: 87 Zorgverzekeringswet, Wbp, 7.8 Regeling zorgverzekering en 7.10 Regeling zorgverzekering

RECHTSPRAAK

X/Academisch Ziekenhuis Maastricht

De onderhavige procedure betreft een procedure in hoger beroep. Ter beoordeling staat de geneeskundige behandeling van een patiënte op 12 en 13 januari 2002. Het hof geeft enkele voorlopige oordelen en overweegt dat voor een definitief oordeel een deskundigenbericht noodzakelijk is. Er volgt een verwijzing naar de rol teneinde partijen de gelegenheid te bieden zich uit te laten over de door het hof voorgestelde vragen.

In de onderhavige hogerberoepprocedure staat de geneeskundige behandeling van een patiënte op 12 en 13 januari 2002 ter beoordeling. De patiënte heeft zich op 12 januari 2002 tot de huisartsenpost van het Academisch Ziekenhuis Maastricht (AZM) gewend in verband met hevige pijnklachten in de rug, uitstralend naar de benen. De dienstdoende huisarts constateerde ischias aan beide benen. De patiënte is met pijnstilling naar huis gestuurd. Bij het opstaan aan het einde van die middag bemerkte de patiënte echter een knap in de rug waarna zij door haar benen zakte. De huisarts van de huisartsenpost heeft de patiënte thuis bezocht en constateerde een acute hernia met een gedeeltelijke verlamming. De patiënte is vervolgens met de ambulance overgebracht naar het AZM voor neurologisch onderzoek. Zij is op de afdeling spoedeisende hulp gezien door een arts-assistent neurologie. Later die avond is de patiënte met de ambulance terug naar huis gebracht. Op 13 januari 2002 rond de middag heeft de echtgenoot van de patiënte opnieuw de huisartsenpost gebeld en is patiënte opnieuw met de ambulance opgehaald voor neurologisch onderzoek teneinde een caudasyndroom uit te sluiten. Diezelfde avond is de patiënte in het AZM geopereerd en is een grote subligamentaire gesekwestreerde discusprolaps verwijderd. Na de operatie zijn de pijn en de verlamming verdwenen, maar de gevoelsstoornissen zijn blijven bestaan. De patiënte heeft tot 23 januari 2002 in het AZM gelegen en heeft daarna gedurende tien maanden gerevalideerd.

Na een aansprakelijkstelling op 12 augustus 2004 en een afwijzing van die aansprakelijkheid is de patiënte op 16 maart 2011 een bodemprocedure begonnen.

Gevorderd is de veroordeling van het AZM om de schade van de patiënte te vergoeden.

Tevens heeft een voorlopig getuigenverhoor plaatsgevonden, waarbij de patiënte, haar echtgenoot en de arts-assistent neurologie zijn gehoord. Bij tussenvonnis van 5 september 2012 heeft de rechtbank geoordeeld dat het onderzoek door de arts-assistent neurologie op 12 januari 2002 en de verslaglegging daarvan niet adequaat en volledig waren en dat de arts-assistent niet de zorg heeft betracht die van een redelijk handelend en redelijk bekwaam arts mocht worden verwacht. Wat het causaal verband betreft, achtte de rechtbank de geschonden norm onvoldoende specifiek om de omkeringsregel te kunnen toepassen. Nu niet met zekerheid vastgesteld of uitgesloten kan worden dat op 12 januari 2002 bij het onderzoek door de arts-assistent al sprake was van een (beginnend) caudasyndroom moet deze onzekerheid voor rekening van het AZM komen en kan voldoende causaal verband worden aangenomen tussen de gebrekkige wijze van onderzoek en verslaglegging op 12 januari 2002 en het op 13 januari 2002 geconstateerde volledige caudasyndroom en de gevolgen daarvan voor de patiënte, aldus de rechtbank. Nu echter niet is aangetoond dat eerder ingrijpen tot minder schade had geleid, achtte de rechtbank het redelijk het AZM voor zeventig procent aansprakelijk te houden voor de schade van de patiënte. Bij eindvonnis van 4 december 2013 heeft de rechtbank geoordeeld dat de patiënte de door haar gestelde schadeposten onvoldoende heeft toegelicht en onderbouwd. Alleen voor buitengerechtelijke kosten heeft de rechtbank uiteindelijk een bedrag van € 16.241,97 met rente toegewezen.

Op vordering van het AZM ex artikel 843a Rv heeft de rechtbank in een incidenteel vonnis van 6 juli 2011 de patiënte veroordeeld om binnen twee weken na betekening van het vonnis aan het AZM de volledige en onbewerkte bandopnamen van gesprekken op 1 en 29 oktober 2002 ter beschikking te stellen, op straffe van een dwangsom van € 500 per dag met een maximum van € 25.000. Het gaat thans om een principaal en een incidenteel hoger beroep jegens voornoemde vonnissen. Beide partijen hebben grieven aangevoerd tegen – kort gezegd – de dragende overwegingen aangaande het oordeel van de rechtbank over de aansprakelijkheid van het AZM. Voorts zijn grieven aangevoerd jegens het incidentele vonnis betreffende – kort gezegd – de inzage in bandopnamen (art. 843a Rv).

Wat het *incident* betreft, oordeelt het hof dat de rechtbank terecht heeft geoordeeld dat het AZM een rechtmatig belang heeft bij inzage in de desbetreffende bandopnamen en dat er geen gewichtige redenen zijn om de vordering af te wijzen. De bandopnamen betroffen immers gesprekken met de direct betrokkenen bij en kort na het moment waarop volgens de patiënte jegens haar een medische fout was begaan.

Wat de *aansprakelijkheid* betreft, heeft het hof eerst de grieven van het AZM jegens het oordeel dat sprake is van een tekortkoming van de arts-assistent neurologie behandeld. Op basis van hetgeen (summierlijk) in het dossier staat geschreven en hetgeen ten tijde van de getuigenverhoren is verklaard, gaat het hof ervan uit dat:

- de arts-assistent op 12 januari 2002 niet in het rijbroekgebied heeft onderzocht;
- de arts-assistent de anusreflex en de anale sfincter niet heeft onderzocht;
- de arts-assistent niet aan de patiënte heeft gevraagd onder welke omstandigheden het plassen had plaatsgevonden, noch dat de patiënte haar heeft bevestigd dat ze het plassen goed had gevoeld en goed had uitgeplast;
- de arts-assistent niet heeft onderzocht (door een bladderscan of nakatheterisatie) of er nog een residu urine in de blaas aanwezig was.

Vervolgens stelt het hof de vraag of deze gedragingen tot het oordeel moeten leiden dat niet is gehandeld als een redelijk bekwaam en redelijk handelen arts. Voorlopig komt het hof tot het oordeel dat die vraag bevestigend moet worden beantwoord. Voorlopig, want het hof overweegt voorts dat het er behoefte aan heeft een en ander ter toetsing voor te leggen aan een deskundige. De beoordeling op dit punt wordt dan ook aangehouden.

Het hof heeft vervolgens om proceseconomische redenen eveneens een voorlopig oordeel gegeven over het causaal verband en ook op dit punt overwogen dat een nadere toelichting door een deskundige gewenst is. Het hof heeft in dat verband reeds geoordeeld dat het – net als de rechtbank – de omkeringsregel niet van toepassing acht. Als geschonden norm is slechts de algemene norm van artikel 7:453 BW aan te wijzen, aldus het hof.

Wel acht het hof toepassing van de benadering van de verloren kans aangewezen. Het hof gaat uit van de voorlopige veronderstelling dat er een *condicio sine qua non*-verband aanwezig tussen de (voorshands aangenomen) tekortkoming en het verlies van de kans op een beter resultaat, nu het hof er bij wijze van veronderstelling van uitgaat dat bij een volledig onderzoek en verslaglegging door de arts-assistent op 12 januari 2002, de mogelijkheid bestaat dat toen al een beginnend caudasyndroom was ontdekt, en de patiënte eerder dan op 13 januari 2002 om 20.00 uur daaraan geopereerd had kunnen worden, met de kans op een beter resultaat in de vorm van minder restverschijnselen.

Het hof heeft ook op dit punt behoefte aan deskundige voorlichting door een medisch deskundige over de vraag of bij een volledig onderzoek en verslaglegging daarvan op 12 januari 2002, de kans aanwezig was dat het caudasyndroom toen al was ontdekt, of een operatie op een eerder moment voor de patiënte een kans op een beter resultaat (minder restverschijnselen) had gegeven, en zo ja, of iets te zeggen is over de waarschijnlijkheid van deze kans(en): verwaarloosbaar, redelijk, aanzienlijk, of anders.

Andere oordelen (ten aanzien van art. 6:101 BW en over de zeventig procent aansprakelijkheid

die de rechtbank heeft aangenomen) houdt het hof aan.

Het hof besluit met een weergave van een mogelijke vraagstelling aan één of meer deskundige(n). Beide partijen mogen daarop bij akte reageren.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Gerechtshof 's-Hertogenbosch

Datum uitspraak: 17-03-2015

ECLI: ECLI:NL:GHSHE:2015:933

Zaaknummer: HD200.142.785_01

Advocaten: F.C. Schirmeister en F.A.M. Knuppe

Wetsartikelen: 6:74 BW, 7:453 BW, 7:454 BW en 843a Rv