

Nieuwsbrief GZR Updates - Nummer 20, 2017

Nummer 20, 2017

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

Hoge Raad

[Hoge Raad, ECLI:NL:HR:2017:2786](#) 27-10-2017

patiënt/azM

Rechtbank

[Rechtbank Midden-Nederland, ECLI:NL:RBMNE:2017:5327](#) 16-10-2017

Zorgaanbieder/Zilveren kruis

[Rechtbank Limburg, ECLI:NL:RBLIM:2016:11635](#) 17-11-2016

patiënt/Zuyderland Medisch Centrum

Tuchtcolleges

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

[ECLI:NL:TGZREIN:2017:114](#) 01-11-2017

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZREIN:2017:113](#) 01-11-2017

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZRSGR:2017:152](#) 31-10-2017

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZRSGR:2017:151](#) 31-10-2017

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2017:286](#) 31-10-2017

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage,](#)
[ECLI:NL:TGZRSGR:2017:150](#) 31-10-2017

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven,](#)
[ECLI:NL:TGZREIN:2017:112](#) 30-10-2017

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle,](#)
[ECLI:NL:TGZRZWO:2017:167](#) 24-10-2017

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage,](#)
[ECLI:NL:TGZRSGR:2017:145](#) 24-10-2017

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven,](#)
[ECLI:NL:TGZREIN:2017:111](#) 23-10-2017

X/Y

Annotatie

[GOMA, nazorg, schadeafwikkeling door verzekeraar.](#)

mr. ir. J.P.M. Simons en mr. M.F. Mooibroek

RECHTSPRAAK

X/Y

Verweerder heeft zonder toestemming van de wettelijk vertegenwoordiger een psychiatrisch onderzoek verricht bij een patiënte. Dit onderzoek is bovendien ver beneden de maat. Omdat verweerder als specialist ouderengeneeskunde zich bewust had moeten zijn van de setting in verpleeghuizen en de kwetsbaarheid van wilsonbekwame patiënten, en omdat hij bekend was met de familieproblemen, had hij zich moeten vergewissen van het feit dat er een mentor was. De klacht is deels gegrond en verweerder krijgt een berisping.

Feiten

Klaagster is de bewindvoerder en mentor van haar stiefmoeder (de moeder). Verweerder drijft een onderneming in 'complexe zorgconsulten' als specialist ouderengeneeskunde. Medio 2016 ontvangt hij van de broer van klagster het verzoek een wilsbekwaamheidsverklaring ten behoeve van de moeder op te stellen. De broer moet daartoe een formulier invullen, wat getekend moet worden door de 'wettelijk vertegenwoordiger'. De broer ondertekent dit formulier en vult als reden voor de aanvraag in dat de huidige bewindvoerder niet functioneert. Het formulier is mede ondertekend door de moeder.

Op 3 september 2016 bezoekt verweerder de moeder en schrijft hij een brief aan de broer, waarin zijn conclusie luidt dat de moeder op dat moment volledig wilsbekwaam is.

Klaagster verwijt verweerder dat hij:

- (i) achter de rug van klagster en zonder haar toestemming als wettelijk vertegenwoordiger dit onderzoek heeft verricht;
- (ii) het onderzoek in aanwezigheid van de broer heeft gedaan, waardoor de moeder geen kans had vertrouwelijke zaken onder vier ogen te bespreken;

- (iii) een onderzoek heeft uitgevoerd zonder enige wetenschappelijke procedurele onderbouwing;
- (iv) een psychiatrisch onderzoek heeft verricht zonder vermelding van de gehanteerde methodiek;
- (v) een inschatting van de cognitieve vermogens van de moeder heeft gemaakt zonder bijvoorbeeld de MMSE af te nemen;
- (vi) een inschatting van de wilsbekwaamheid van de moeder heeft gemaakt zonder gebruik te maken van de juiste instrumenten;
- (vii) een onlogische en paradoxale conclusie heeft getrokken.

Verweerder stelt zich op het standpunt dat hij het onderzoek wel degelijk conform de geldende professionele standaarden heeft uitgevoerd en een verklaring heeft opgesteld. Daarnaast heeft de moeder het formulier ook zelf ondertekend en heeft hij de moeder ook apart gesproken. Hij heeft een standaard psychiatrische anamnese afgenomen, de Amsterdamse vignetmethode gebruikt en het dossier bestudeerd.

Oordeel

Ten aanzien van de ontvankelijkheid overweegt het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven (RTG) het volgende. Op grond van artikel 65 lid 1 sub a Wet BIG kan de rechtstreeks belanghebbende een tuchtzaak aanhangig maken. De naaste betrekking kan rechtstreeks belanghebbende zijn als de patiënt wilsonbekwaam is. Conform artikel 1:453 lid 2 Burgerlijk Wetboek is de mentor bevoegd de wilsonbekwame in en buiten rechte te vertegenwoordigen. Klaagster is dus ontvankelijk in haar klacht. Ten aanzien van de klacht overweegt het RTG het volgende.

Ad (i) Verweerder had zich op grond van artikel 7:465 lid 2 BW moeten vergewissen van het feit dat er een mentor was. Dit blijkt ook uit de Modelrichtlijn voor hulpverleners over informatie en toestemming bij een meerderjarige wilsonbekwame patiënt, de Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag (2008). Het stond verweerder niet vrij om zonder toestemming van de vertegenwoordiger de opdracht tot het doen van onderzoek aan te nemen. Dit klachtonderdeel is gegrond.

Ad (ii) Dit onderdeel slaagt niet, nu verweerder gemotiveerd heeft betwist dat moeder de mogelijkheid werd ontnomen om vertrouwelijke zaken uitsluitend met verweerder te bespreken.

Ad (iii) tot en met (vii) In de kern draaien al deze klachtonderdelen om de vraag of de door verweerder opgestelde rapportage deugdelijk is. Volgens vaste jurisprudentie van het CTG wordt de rapportage aan de volgende criteria getoetst:

- (1) Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.
- (2) Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.
- (3) In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.
- (4) Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust.
- (5) De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Verweerder heeft een uiterst summiere rapportage opgesteld van het gesprek met moeder. Dit is onder de maat. Het voldoet niet aan criteria 1 tot en met 4. De klachten zijn gegrond.

Het RTG rekent het verweerder zwaar aan dat hij, ondanks dat hij bekend was met de setting in verpleeghuizen en kwetsbare patiënten met vertegenwoordigers, en op de hoogte was van de familieproblemen, zich er niet van heeft vergewist of er een wettelijk vertegenwoordiger was. Daarnaast heeft hij een ondermaats onderzoek gedaan. Wel heeft verweerder tijdens de zitting zelfinzicht getoond. Alles bijeen genomen acht het RTG de maatregel van berisping passend.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 01-11-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2017:113

Zaaknummer: 17112

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG, 65 lid 1 sub a Wet BIG en 7:465 lid 2 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Verweerster (neuroloog) heeft in casu als hoofdbehandelaar onvoldoende regie gevoerd. De patiënt is met een mogelijke CVA/TIA op de SEH binnengekomen, maar heeft ook nierfunctiestoornissen en een hoge bezinking. Verweerster heeft dit laatste gegeven gemist en niet meegenomen bij de beslissing om de patiënt te ontslaan. Door deze onvolledige informatie zijn ook geen andere behandelmogelijkheden besproken of overwogen door/met de familie. Verweerster is tekortgeschoten en krijgt van het RTG Eindhoven een waarschuwing.

Feiten

Klaagster is de dochter van een patiënt die op 9 februari 2017 op de SEH van het ziekenhuis is binnengekomen met een mogelijke CVA/TIA en nierfunctiestoornissen. De patiënt wordt opgenomen op de afdeling neurologie en verweerster wordt zijn hoofdbehandelaar. In de dagen daarna wordt door de internist geconstateerd dat de nierfunctie niet verbetert en is de bezinking aangevraagd. Daarnaast wordt de transferverpleegkundige geconsulteerd voor overplaatsing. Verweerster heeft dienst, maar ziet de patiënt niet omdat er in het weekend alleen visite wordt gelopen bij bijzonderheden. Op 13 februari 2017 heeft verweerster met onder meer klaagster een familiegesprek. Zij geeft daarin uitleg over het te voeren antistollingsbeleid en er wordt besproken dat wordt gezocht naar een plek voor revalidatie. Aan het eind van het gesprek geeft de patiënt aan dat hij niet meer wil.

Op 15 februari 2017 wordt de patiënt overgeplaatst naar het revalidatiecentrum. In de ontslagbrief staat het vermoeden van een klein CVA/TIA. Tevens wordt vermeld dat de internist de patiënt mede heeft behandeld vanwege nierfunctiestoornissen. Daarnaast wordt aandacht gevraagd voor een mogelijke depressie. De internist schrijft na het ontslag in zijn dossier over de patiënt: 'Blijkt vandaag met ontslag. Nierfunctie niet verbeterd. Wel stabiel. Neuroloog: patiënt wil niet meer. Derhalve nu ook geen verdere analyse of actie'

In het revalidatiecentrum gaat het niet goed met de patiënt. Er blijkt sprake van een hoge bezinking en verder achteruitgaande nierfunctie. De patiënt overlijdt op 5 maart 2017.

Klaagster verwijt verweerster dat zij onzorgvuldig is geweest bij het familiegesprek, door onvoldoende in te gaan op de nierfunctiestoornissen. Daardoor is onvoldoende informatie gegeven over verdere onderzoeks- en behandelmogelijkheden. Zij heeft daarom ook onterecht doorverwezen naar een revalidatiecentrum, waar de patiënt niet de juiste verzorging en behandeling kon krijgen. Verweerster erkent te zijn tekortgeschoten in haar taak als hoofdbehandelaar en ziet een aantal momenten waarop zij dingen anders had kunnen doen. Zij heeft hiervan geleerd.

Oordeel

Verweerster heeft de verhoogde bezinking gemist, waardoor deze ook niet is besproken bij het familiegesprek. Dit is echter wel een signaal waar rekening mee moet worden gehouden bij de verdere behandeling, zeker in combinatie met nierfunctiestoornissen. Verweerster had dit kunnen voorkomen door voorafgaand aan het familiegesprek bij alle in consult gevraagde artsen navraag te doen naar de uitslagen van onderzoeken.

De familie heeft derhalve in het gesprek onvolledige informatie gekregen, waardoor eventuele andere behandelmogelijkheden van de patiënt onbesproken zijn gebleven. Ook bij het ontslag zijn de andere artsen niet geconsulteerd. Verweerster heeft geen zorgvuldige keuze kunnen maken om de patiënt te ontslaan. De klachtonderdelen zijn gegrond. Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven acht de maatregel van waarschuwing passend.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 01-11-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2017:114

Zaaknummer: 1798

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Klaagster is gescheiden en moeder van vier kinderen, waaronder E en F. Naar aanleiding van meldingen bij het AMK worden E en F uit huis geplaatst en wordt er onderzoek gedaan naar de ernstige vermoedens van kindermishandeling door klaagster. Verweerster (arts) doet dit onderzoek namens het AMK. Klaagster verwijt verweerster, samengevat, dat het rapport hierover ondeugdelijk is opgesteld. Het RTG Amsterdam verklaart de klachten deels gegrond en geeft een waarschuwing. Klaagster is in beroep gekomen tegen de ongegrond verklaarde onderdelen, maar de klacht treft bij het CTG geen doel. Het beroep wordt verworpen. Verweerster heeft met het rapport geen blijk gegeven van vooringenomenheid, noch blijkt daaruit dat zij niet onafhankelijk was.

Feiten

In beroep gaat het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) uit van de feiten en omstandigheden zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam (RTG). Deze zijn als volgt.

Klaagster is de moeder van vier kinderen onder wie de twee jongsten, E en F. E en F hadden tot 22 juni 2012 hun hoofdverblijfplaats bij klaagster, die gescheiden is van de vader van de kinderen. Verweerster was in 2012 werkzaam als vertrouwensarts bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Op 20 juni 2012 wordt bij het AMK een anonieme melding van een vermoeden van kindermishandeling ten aanzien van E en F gedaan, destijds 17 en 16 jaar oud. Op 22 juni 2012 ontvangt het AMK nog een melding van de vader van de kinderen. Op basis van de meldingen en daaropvolgend onderzoek rees bij het AMK het ernstige vermoeden dat sprake was van een vorm van kindermishandeling waarbij klaagster mogelijk medische klachten bij de kinderen had verzonnen, veroorzaakt of verergerd. De kinderen worden dezelfde dag nog uit huis geplaatst.

Verweerster zou vervolgens namens het AMK (dossier)onderzoek doen ter beantwoording van de vraag of er aanwijzingen zijn die het vermoeden van Pediatric Condition Falsification aannemelijk kunnen maken en vermoedens van Factitious Disorder by Proxy bij moeder kunnen versterken. In augustus 2012 brengt verweerster rapport uit. De Raad voor de Kinderbescherming (RvdK) heeft dit rapport aan de rechtbank verstrekt in het kader van de verlenging van de ondertoezichtstelling en het uit de ouderlijke macht ontzetten van klaagster. Het AMK en de kinderen hebben aangifte tegen de moeder gedaan wegens kindermishandeling. Na een aanvankelijk sepot wordt met succes een artikel 12 Sv-procedure ingesteld, waarna het OM een strafrechtelijk onderzoek start.

De klacht luidt dat:

- (i) de vraagstelling van het rapport onjuist en suggestief is, waardoor sprake is van een *confirmation bias*;
- (ii) met betrekking tot de inhoud van het rapport, verweerster (a) meningen tot feiten verheft, (b) selectief is in de weergegeven informatie, (c) verkeerd, niet, of onvolledig citeert, (d) niet de waarheid schrijft, (e) veel in twijfel trekt en krom maakt wat recht is, (f) in haar onderzoek vooringenomen en niet onafhankelijk is, en (g) onzorgvuldig en inconsistent is in de uitvoering van haar onderzoek.

Oordeel van het RTG

Het RTG verklaart de klacht deels gegrond en legt verweerster de maatregel van waarschuwing op. Klaagster is in beroep gekomen van de beslissing voor zover de klachtonderdelen ongegrond zijn verklaard. De arts heeft gemotiveerd verweer gevoerd met als conclusie het beroep te verwerpen en overigens de beslissing van het RTG te bevestigen.

Oordeel van het CTG

Het draait in beroep om de ongegrond verklaarde klachtonderdelen (a) onder ii ('meningen zijn tot feiten verheven'), (e) ('wat krom is, is recht gepraat') en (f) ('de arts was bij haar onderzoek vooringenomen en niet onafhankelijk').

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) beoordeelt deze klachten aan de hand van de vaste jurisprudentie ten aanzien van rapportages:

- (i) Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.
- (ii) Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.

(iii) In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.

(iv) Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust.

(v) De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Het onderzoek van de arts wordt op basis van deze criteria door het CTG gekwalificeerd als voldoende gedegen en de schriftelijke verslaglegging daarvan als toereikend. Zij heeft niet alleen dossieronderzoek gedaan, maar ook kennisgenomen van wat in de gesprekken met de vader, de kinderen en de echtgenote van klaagster naar voren is gekomen. De opzet en uitvoering van het onderzoek getuigen dan ook niet van vooringenomenheid of een gebrek aan onafhankelijkheid. Wel zijn er enkele onzorgvuldigheden in het rapport te lezen. Deze zijn echter weliswaar ongelukkig, maar het gewicht en de betekenis daarvan zijn in het licht van het als geheel beschouwde onderzoek marginaal en niet dragend voor de uit het onderzoek getrokken conclusies. Ook hieruit blijkt geen vooringenomenheid en ook blijkt hieruit niet dat de arts niet onafhankelijk zou zijn. Er bestaat geen reden om aan te nemen dat de arts redelijkerwijs niet tot de eindconclusies heeft kunnen komen. De in beroep voorliggende klachten zijn ongegrond. Het beroep wordt verworpen.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 31-10-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2017:286

Zaaknummer: C2016.470

Advocaten: R. Korver en E.J.C. de Jong

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Verweerder (huisarts) ziet wijlen D (de partner van klagster) in korte tijd meerdere keren op zijn spreekuur met dezelfde aanhoudende benauwdheids- en hoestklachten. Hij schrijft rust en prednison voor. Uiteindelijk blijkt in het ziekenhuis (op de 'Stoppen met roken'-polikliniek) dat D lijdt aan longkanker, waaraan zij overlijdt. Verweerder wordt verweten onvoldoende regie te hebben gevoerd om de oorzaak van de klachten te achterhalen, waarbij hij belangrijke signalen heeft gemist. Het RTG Den Haag geeft hem een waarschuwing.

Feiten

Klagster dient de klacht in namens haar overleden partner D. D kwam op 14 augustus 2014 bij verweerder (huisarts) op het spreekuur met hoest- en benauwdheidsklachten waar zij al weken last van had. In de periode daarna tot en met 13 november 2014 ziet verweerder D meerdere keren met dezelfde aanhoudende klachten waar later ook koorts bij kwam. Verweerder blijft daarbij aangeven dat D rustig aan moet doen en schrijft prednison voor (om eventuele allergische klachten te verhelpen). Op 6 oktober 2014 wordt door een waarnemend huisarts een X-thorax aangevraagd, welke niet is gemaakt.

Eind november 2014 heeft D op eigen initiatief afspraken in het ziekenhuis op de 'Stoppen met roken'-polikliniek, alwaar zij door een longarts wordt gezien. Uit de CT-thorax van de longarts en de MRI en PET-scan blijkt begin december 2014 dat D lijdt aan kanker, waaraan zij uiteindelijk op 23 januari 2017 overlijdt.

Klagster verwijt verweerder dat hij nalatig is geweest doordat hij D te laat heeft ingestuurd naar het ziekenhuis, waardoor de diagnose longkanker te laat is gesteld.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) merkt ten eerste op dat, hoewel dit handelen niet als tuchtrechtelijk verwijtbaar kan worden gezien, betreffende de door de waarnemer voorgeschreven X-thorax, een pro-actievere houding van verweerder op zijn plaats was geweest. Toen deze X-thorax niet gemaakt werd, had verweerder daar bij een later consult op terug moeten komen.

Tevens had verweerder tijdens een consult van 27 oktober 2014 een doorverwijzing tot verder onderzoek moeten geven. D bleef immers kampen met verhoogde infectieparameters, ondanks de eerder voorgeschreven prednison. Ook hielden haar klachten aan en was zij een rookster. Hetzelfde geldt voor de andere consulten van 6 en 13 november 2014, alwaar klaagster aangaf elke avond koorts te hebben, waarbij de klachten niet weggingen. Verweerder had naar aanleiding van deze signalen niet meer vast mogen houden aan zijn beleid om rustig aan te doen en verder uit te zieken. Het valt op dat verweerder de diagnose longkanker al die tijd niet heeft overwogen. Hij heeft, ondanks de belaste medische voorgeschiedenis van D, geen regie gevoerd op het tijdig achterhalen van de oorzaak van de klachten. Dit valt hem te verwijten. Verweerder krijgt hiervoor een waarschuwing.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 31-10-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2017:150

Zaaknummer: 2017-046

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

ANNOTATIE

GOMA, nazorg, schadeafwikkeling door verzekeraar.***mr. ir. J.P.M. Simons en mr. M.F. Mooibroek*****Inleiding**

Afgelopen zomer heeft het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) te Amsterdam een uiterst relevante uitspraak gedaan. Hoewel deze uitspraak voor GZR Updates ook is geannoteerd door mr. Mooibroek, is het belang daarvan voor de praktijk bij medische incidenten en de afwikkeling van medische aansprakelijkheden dusdanig dat ook ik de uitspraak hier nogmaals van commentaar zal voorzien. Het betreft een kwestie waarbij tijdens een voetoperatie door een tweetal orthopedische chirurgen een oscillerende zaag werd gebruikt voor de verwijdering van overtollig botweefsel. Gedurende de uitvoering van enkele andere handelingen werd deze zaag tijdelijk even op het been van klagerster gelegd, om later weer gebruikt te kunnen worden. Door een technisch mankement raakte de zaag echter oververhit en ontstond er een ernstige brandwond op het been van klagerster. Voor de gevolgen daarvan heeft zij haar behandelend arts, verweerder in deze tuchtzaak, en zijn assisterende collega zowel civielrechtelijk als tuchtrechtelijk aangesproken. Alvorens nader in te gaan op de belangrijke 'nieuwe' norm die het tuchtcollege in deze uitspraak heeft geformuleerd ten aanzien van de nazorg door de behandelend artsen en de afwikkeling van de schade door de betrokken aansprakelijkheidsverzekeraars, ga ik hierna eerst nog kort in op de belangrijkste feiten en een tweetal andere aspecten die in de uitspraak aan de orde komen.

Relevante feiten

Meteen na de ontdekking van het voorval tijdens de operatie op 16 mei 2014 heeft verweerder adequate stappen ondernomen om de gevolgen daarvan zo veel mogelijk te beperken. Ook heeft verweerder, zodra dat redelijkerwijs mogelijk was, klagerster op de hoogte gebracht van het gebeurde en haar voor verdere behandeling doorverwezen naar een plastisch chirurg. Het ziekenhuis waar een en ander zich afspeelde heeft, nadat er een VIM-melding was gedaan, bovendien maatregelen getroffen om vergelijkbare incidenten in de toekomst zo veel mogelijk te voorkomen. Daarnaast heeft verweerder samen met de andere betrokken arts een

wetenschappelijk artikel geschreven waarin wordt gewezen op de gevaren van het neerleggen van een aangekoppelde zaag op de patiënt, hetgeen naar hun oordeel overigens een gebruikelijke praktijk is. Kortom: de betrokken artsen en het ziekenhuis hebben direct na het incident in principe adequaat gereageerd en waren blijkens de uitspraak ook erg betrokken met hetgeen hun patiënt is overkomen.

Het lijkt in deze kwestie vooral fout te zijn gelopen bij de behandeling van het verzoek van klagster tot schadevergoeding door (een vertegenwoordiger van) de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis. Hoewel verweerder en het ziekenhuis reeds kort na het incident aansprakelijk waren gesteld en de zaak qua aansprakelijkheid vrij duidelijk leek te liggen, heeft de verzekeraar pas op 3 februari 2017 aansprakelijkheid erkend, derhalve meer dan tweeënhalf jaar na het incident. Blijkens de uitspraak vond dit bovendien pas plaats kort na en onder invloed van een openbare terechtzitting die op 31 januari 2017 in het kader van de tuchtklacht had plaatsgevonden. Meteen daarna ontstond ook nog weer discussie met de verzekeraar over de hoogte van de gevorderde schade. In een emotioneel bericht heeft klagster verweerder en zijn collega vervolgens geïnformeerd over haar lichamelijke, emotionele en financiële problemen en daarbij aangedrongen op spoedige financiële afwikkeling van de kwestie. Ook toen hebben verweerder en zijn collega zich zeer betrokken opgesteld door klagster snel een antwoord te sturen en daarin aan te geven bezig te zijn met het opstellen van een reactie voor genoemde verzekeraar. Zij waren van oordeel dat de schadeafwikkeling door de verzekeraar niet correct verliep. Met hun reactie hoopten zij de verzekeraar te bewegen een en ander vanaf dat moment anders op te pakken. Voor een gedetailleerdere beschrijving van de feiten verwijs ik gemakshalve naar *GZR 2017-0276*.

Geen uitruil ‘erkenning aansprakelijkheid’ versus ‘intrekking tuchtklacht’

Hoewel (ook) deze reactie van verweerder en zijn collega valt te prijzen, valt daarbij wel op dat zij er beiden van uit leken te gaan dat hun bereidheid om de verzekeraar aan te spreken op zijn incorrecte schadeafwikkeling ertoe zou leiden dat klagster de tegen hen ingestelde tuchtklacht zou intrekken. Toen dat niet het geval bleek te zijn, mede omdat klagster er met de verzekeraar niet uit bleek te komen, voerde verweerder in de tuchtzaak primair aan dat klagster niet-ontvankelijk diende te worden verklaard in haar klacht. Als achterliggende reden stelde hij dat klagster oneigenlijk gebruikmaakte van (het verder voortzetten van) de tuchtrechtprocedure, nu aansprakelijkheid op 3 februari 2017 inmiddels immers was erkend.

Het tuchtcollege maakt hier terecht korte metten mee. Het staat patiënten in principe te allen tijde vrij een tuchtklacht tegen een behandelend zorgverlener in te stellen. Dit staat los van de vraag of er op dat moment tevens een civiel aansprakelijkheidstraject loopt. Het doel van een tuchtrechtelijke procedure is ook niet verkrijging van schadevergoeding, maar het bewaken en

bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. In dit kader is tevens relevant dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) – inmiddels overigens de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) – onlangs een rapportage heeft uitgebracht over vaststellingsovereenkomsten in de zorg (IGZ, ‘Vaststellingsovereenkomsten in de zorg’, Utrecht, mei 2017). Daarin is onder meer bepaald dat de IGJ een aantal afspraken in vaststellingsovereenkomsten als ongewenst beschouwt, aangezien die de openheid en transparantie met betrekking tot incidenten in de zorg kunnen belemmeren. Een van die ongewenste afspraken betreft de afspraak dat patiënten – als onderdeel van een vaststellingsovereenkomst – verder afzien van het indienen van een tuchtklacht en/of het doen van aangifte. Dit standpunt van de IGJ wordt door de minister van VWS nogmaals benadrukt in haar begeleidende brief bij genoemd rapport (Brief van Minister van VWS aan de Tweede Kamer, 18 mei 2017, kenmerk: 1129866-163493-IGZ).

Gebruiksaanwijzing medisch hulpmiddel

Een ander aspect van deze kwestie betreft de gebruiksaanwijzing van de zaag, waarin ondubbelzinnig was vermeld dat het belangrijk is dat alle informatie in die gebruiksaanwijzing vóór gebruik of onderhoud van de apparatuur diende te worden gelezen en begrepen. De gebruiksaanwijzing bevatte daarnaast onder meer nogmaals de nadrukkelijke waarschuwing (i) de instructies vóór gebruik geheel door te lezen en (ii) *het elektrische instrument niet op de patiënt te plaatsen wanneer dit niet wordt gebruikt, teneinde brandwonden bij de patiënt te voorkomen*. Verweerder stelde echter dat het in de orthopedische praktijk gebruikelijk is een dergelijke zaag (soms ook) op de patiënt te leggen wanneer die gedurende de operatie even niet wordt gebruikt. Daarnaast stelde verweerder dat het in de praktijk niet gebruikelijk is de gebruiksaanwijzing van dit soort ‘simpele’ apparaten te lezen. Om die reden zou zijn handelen respectievelijk nalaten geen tuchtrechtelijk verwijt opleveren.

Ook hiermee maakt het tuchtcollege echter korte metten. Artsen die gebruikmaken van technische hulpmiddelen dienen zich voorafgaand aan het gebruik daarvan zorgvuldig van de werking en de daaraan eventueel verbonden risico's te vergewissen, onder meer – maar niet alleen – door het lezen van de gebruikershandleiding. Voor zover de daarin opgenomen veiligheidsvoorschriften in de praktijk worden geschonden, levert dit in principe tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen of nalaten op. Hiermee bevestigt het tuchtcollege nogmaals de eigen verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

Met enige goede wil valt hier een parallel te trekken met de beide protocol-arresten. De maatstaf luidt immers dat een patiënt de zorg moet krijgen die in de omstandigheden van het geval van een redelijk bekwaam arts verlangd mag worden. Enerzijds betekent dit dat

afwijking door een arts van een protocol – in het hier besproken geval was er sprake van een door de producent meegeleverde gebruikershandleiding, in plaats van een door de beroepsgroep opgesteld protocol – gemotiveerd moet worden en in het belang moet zijn van de goede patiëntenzorg (HR 2 maart 2001, ECLI:NL:HR:2001:AB0377, *Trombose*).

Anderzijds betekent het standaard volgen van een protocol – in het hier besproken geval was er sprake van een kennelijk gebruikelijke praktijk bij orthopedische operaties, in plaats van een door de beroepsgroep opgesteld protocol – niet zonder meer dat de arts zorgvuldig heeft gehandeld (HR 1 april 2005, ECLI:NL:HR:2005:AS6006, *Augmentin*). Ook hier wordt derhalve nadrukkelijk gerefereerd aan de eigen verantwoordelijkheid van de betrokken arts.

Een en ander strookt overigens ook met het belang dat in het civiele recht wordt gehecht aan schending van verkeers- en veiligheidsnormen voor de bewijslastpositie van het slachtoffer en de mate van toerekening van de schade. Het negeren van een duidelijke waarschuwing die er specifiek op ziet letsel te voorkomen, is zo'n schending van een veiligheidsnorm. Het oordeel van het tuchtcollege is naar mijn mening daarom ook op dit punt terecht.

Nazorg ziet ook op de kwaliteit van schadeafwikkeling

Het staat buiten kijf dat (ook) het voorzien in goede begeleiding van en nazorg voor een patiënt behoort tot de professionele standaard van de behandelend arts. Daartoe behoort tevens dat van een arts mag worden verwacht dat hij correct en adequaat omgaat met claims en klachten die naar aanleiding van zijn handelen als arts worden ingediend, zoals het tijdig melden en doorgeleiden aan zijn aansprakelijkheidsverzekeraar van een tegen hem ingediende vordering tot schadevergoeding en het daaromtrent informeren van de patiënt (CTG 14 juni 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2129). Reeds in 2009 vroeg Smeehuijzen in dit kader bovendien aandacht voor de verantwoordelijkheid van de arts voor schadeafwikkeling door zijn verzekeraar (J.L. Smeehuijzen, 'De verantwoordelijkheid van de arts voor schadeafwikkeling door zijn verzekeraar', *TvGR* 2009/3, p. 160-174). De conclusie van zijn artikel luidde:

'De arts is gehouden zijn verzekeraar tot correcte schadeafwikkeling aan te spreken als die afwikkeling niet zorgvuldig geschiedt. De KNMG moet, nu artsen verantwoordelijk zijn voor zorgvuldige schadeafwikkeling, haar stempel drukken op de thans in voorbereiding zijnde gedragscode voor medische verzekeraars.'

Bedoelde gedragscode, de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid of kortweg GOMA, zag in 2010 het licht. Daarin wordt nadrukkelijk uitgegaan van een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgaanbieder en aansprakelijkheidsverzekeraar voor de afhandeling van klachten en schadeclaims. In de

Inleiding op p. 7 van de GOMA wordt daarover het volgende vermeld:

‘Besluit een patiënt vervolgstappen te ondernemen, dan blijft de zorgaanbieder verantwoordelijk voor een zorgvuldige en voortvarende afwikkeling. Echter, bij aansprakelijkstelling komt ook de rol en verantwoordelijkheid van de aansprakelijkheidsverzekeraar in beeld. Op dat moment is er sprake van gedeelde verantwoordelijkheden van zorgaanbieder en verzekeraar. De zorgaanbieder heeft, voor zover dat in zijn vermogen ligt, de verantwoordelijkheid erop toe te zien dat een schadeclaim binnen een redelijke termijn wordt afgehandeld. En hij moet daarbij alles doen wat daaraan kan bijdragen (waaronder passend en voortvarend reageren op verzoeken van zijn verzekeraar om informatie of reactie). Op de verzekeraar rust de verantwoordelijkheid om een ingediende claim zorgvuldig en voortvarend te beoordelen en te behandelen.’

Van Dijk en Simons concludeerden naar aanleiding daarvan het volgende (Chr. H. van Dijk en J.P.M. Simons, ‘GOMA: Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid. Van theorie naar praktijk?’, TVP 2010/3, p. 71-72):

‘Zorginstellingen, maar ook individuele beroepsbeoefenaren, hebben derhalve een eigen verantwoordelijkheid bij het afwikkelen van klachten en schadeclaims nadat er zich een incident heeft voorgedaan. Bovendien komt het in de praktijk in verband met aanbeveling 11 zoals gezegd regelmatig voor dat de te verwachten schade onder het overeengekomen eigen risico blijft. In dat geval rust de verantwoordelijkheid voor de afwikkeling van de claim sowieso op de zorgaanbieder.’

Na introductie van de GOMA heeft het enige tijd geduurd voordat de daarin opgenomen normen in de tuchtrechtspraak ook daadwerkelijk een rol zijn gaan spelen. De laatste jaren is dat echter veranderd, mogelijk mede onder invloed van de invoering van de Wkkgz die sinds 1 januari 2016 van toepassing is en waarin deels vergelijkbare normen zijn opgenomen. Ik verwijs bijvoorbeeld naar RTG Eindhoven 18 maart 2013, ECLI:NL:TGZREIN:2013:19 en RTG Zwolle 8 augustus 2014, ECLI:NL:TGZRZWO:2014:104 over artikel 8 GOMA en de verplichting om gemaakte fouten te erkennen en daarvoor verontschuldigingen aan te bieden, alsmede naar RTG Eindhoven 19 oktober 2015, ECLI:NL:TGZREIN:2015:83, RTG Den Haag 1 november 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:316, RTG Amsterdam 18 april 2017, ECLI:NL:TGZRAMS:2017:39 en RTG Zwolle 19 juni 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:107 over artikel 7 GOMA en het recht op informatie, openheid en transparantie. Daarnaast wordt de GOMA inmiddels ook door civiele rechters aangehaald als belangrijke bron voor normering. Zie bijvoorbeeld de verwijzing van A-G Hartlief naar de GOMA en de wenselijkheid van een vlotte afwikkeling van medische aansprakelijkheidszaken in zijn conclusie bij HR 23 december 2016, ECLI:NL:HR:2016:2987 (GZR 2017-0001). Zie ook de Rechtbank Gelderland, die hieromtrent recent stelde (Rechtbank Gelderland 22 juni 2017, ECLI:NL:RBGEL:2017:4179, onder 4.6):

‘De GOMA is een gedragscode, bij uitstek een codificatie van volgens de branche behoorlijk, met de eisen van redelijkheid en billijkheid overeenstemmend handelen. Relevant is bovendien dat deze code dezelfde doelstelling heeft als een procedure als de onderhavige, namelijk het bevorderen van goede afwikkeling van letselschade buiten rechte. Bij de beoordeling komt daarom aanzienlijk gewicht toe aan de normen die in de GOMA zijn vervat [...]’.

Gezien het voorgaande verbaast het dan ook niet dat de tuchtrechter de verantwoordelijkheid van de arts voor de schadeafwikkeling, ook als die namens de arts is overgenomen door zijn verzekeraar, nu ook nadrukkelijk als tuchtrechtelijke norm aanmerkt. Het tuchtcollege formuleert deze ‘nieuwe’ norm als volgt:

- Als er zich in het kader van de zorgverlening een incident voordoet, is communicatie, persoonlijke aandacht, empathie, zorgzaamheid en correcte bejegening van groot belang.
- De zorgvuldigheid die een zorgverlener op grond van artikel 47 eerste lid Wet BIG jegens de patiënt moet betrachten, omvat tevens de manier waarop hij na een (gestelde) medische fout met de patiënt omgaat.
- Het voorgaande geldt niet alleen voor de medische afwikkeling van een (verwijtbaar) incident, maar (vervolgens) ook voor de financiële afwikkeling daarvan.
- Op basis van wetenschappelijk onderzoek staat inmiddels immers voldoende vast dat onzorgvuldige schadeafwikkeling een negatieve invloed heeft op het welzijn van patiënten.
- Dit is niet anders indien de financiële gevolgen voor de patiënt worden afgewikkeld door de aansprakelijkheidsverzekeraar van de betrokken zorgaanbieder of zorgverlener.
- De arts heeft echter juist als doel het bevorderen van het welzijn van zijn patiënten.
- Op het moment dat een aansprakelijkheidsverzekeraar de schade op onzorgvuldige wijze afwikkelt, ligt het daarom op de weg van de arts om zijn verzekeraar daarop aan te spreken.
- De aansprakelijkheidsverzekeraar zal op basis van de verzekeringsovereenkomst jegens de arts immers verplicht zijn de schadeafwikkeling namens de arts op correcte wijze uit te voeren.

Kanttekeningen en consequenties voor de praktijk

Hoewel ik explicitering van deze norm door het tuchtcollege van harte toejuich, dient daarbij wel direct een belangrijke kanttekening te worden geplaatst. Uitgangspunt van het tuchtrecht is in principe immers de persoonlijke verwijtbaarheid van de beklaagde arts. Naleving van de door het tuchtcollege geformuleerde norm, dat een hulpverlener niet enkel verantwoordelijk is

voor een correcte afwikkeling van de medische gevolgen maar ook voor de financiële gevolgen van zijn fout, is dan ook alleen maar mogelijk voor zover dat daadwerkelijk binnen het vermogen van de betrokken hulpverlener ligt (vergelijk de hierboven reeds genoemde inleiding op p. 7 van de huidige GOMA). Hierbij past niet dat een hulpverlener langs tuchtrechtelijke weg als het ware kwalitatief aansprakelijk kan zijn, zoals dat in het civiele recht wel het geval is. Denk bijvoorbeeld aan toerekening krachtens de wet voor het gebruik van een ongeschikte hulpzaak (art. 6:77 BW) en in het bijzonder voor handelingen van een vertegenwoordiger (art. 6:172 BW). Voor zover ik uit de uitspraak van het tuchtcollege kan opmaken, is de nieuwe norm overigens ook niet op die manier bedoeld.

Het beginsel van persoonlijke verwijtbaarheid is het afgelopen decennium trouwens wel onder druk komen te staan. Zo oordeelde het Centraal Tuchtcollege dat een beklaagde arts een persoonlijk tuchtrechtelijk verwijt kon worden gemaakt in verband met de organisatie van de maatschap waarvan hij deel uitmaakte (CTG 4 maart 2004, *TvGR* 2004/30). De wijze van praktijkvoering en het collectief nemen van verantwoordelijkheid leiden echter niet zonder meer tot de conclusie dat ieder lid van de maatschap in beginsel verantwoordelijk is voor die praktijkvoering en het ten aanzien van klaagster gevoerde beleid (CTG 15 december 2011, *ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1628*). Een vergelijkbaar probleem speelt bij het bepalen van de tuchtrechtelijk toetsbare verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar. Zo is een operator niet verantwoordelijk voor de anesthesie, maar is hij wel belast met de regie van de behandeling: een operator kan een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt indien hij de operatie onvoldoende met de anesthesist bespreekt en nalaat voorafgaand aan de operatie een aantal zaken te verifiëren (CTG 6 januari 2011, *ECLI:NL:TGZCTG:2011:YGo812*).

Een dergelijke regierol wordt nu ook van de arts gevraagd in verband met zijn verantwoordelijkheid voor de financiële afwikkeling van de gevolgen van zijn fout, evenals overigens voor de medische en emotionele afwikkeling daarvan. Lastige vragen die daarbij echter meteen opkomen zijn bijvoorbeeld op welke wijze een redelijk handelend arts op de hoogte kan en dient te blijven van de zorgvuldigheid van de schadeafwikkeling door zijn verzekeraar, wanneer er objectief gezien eigenlijk sprake is van onzorgvuldige schadeafwikkeling, hoe de betrokken arts die afweging in de praktijk moet maken en op welke wijze de individuele arts vervolgens ook daadwerkelijk voldoende invloed kan uitoefenen op zijn verzekeraar opdat die zijn gedrag aanpast.

Enerzijds betracht het tuchtcollege zelf gelukkig al de nodige voorzichtigheid door te stellen dat het handelen van verweerder *‘op dit moment en in deze situatie niet tuchtrechtelijk verwijtbaar is, omdat de geformuleerde norm onder artsen mogelijk (nog) niet voldoende bekend is’*. Anderzijds oordeelt het tuchtcollege wel dat verweerder in kwestie heeft nagelaten *‘zijn verzekeraar (tijdig) aan te spreken op de incorrecte wijze waarop de schade van klaagster werd (en*

mogelijk nog steeds wordt) afgewikkeld'. Zoals uit het feitenrelaas blijkt, heeft verweerder in deze kwestie echter wel degelijk meteen stappen gezet toen hem duidelijk werd dat zijn patiënt de schadeafwikkeling als incorrect ervoer, onder meer door daaromtrent samen met zijn collega een reactie op te stellen voor zijn verzekeraar. Dat is naar mijn oordeel al meer dan menig medisch specialist op dit moment onderneemt in vergelijkbare situaties. Toch wordt het handelen van verweerder door het tuchtcollege als nalatig betiteld, zij het (vooralsnog) niet verwijtbaar. Kortom: de concrete invulling in de praktijk van de hier door het tuchtcollege geformuleerde norm verdient naar mijn oordeel zeker nog nadere aandacht.

Het ligt voor de hand dat deze norm een plaats krijgt in de opvolger van de GOMA, die momenteel in ontwikkeling is. Meer nog dan de huidige GOMA zal deze opvolger in het teken staan van open, eerlijke en patiëntgerichte samenwerking in de zorg, met als doel een proactieve en informele omgang met klachten, incidenten en claims. Daarin past zonder meer opname van de hier besproken nieuwe tuchtnorm. Waar mogelijk dienen daarbij dan wel nog nadere handvatten te worden geboden, enerzijds om naleving van deze norm in de praktijk mogelijk te maken en anderzijds om met voldoende mate van voorspelbaarheid te kunnen bepalen of die norm door een hulpverlener in het concrete geval is geschonden.

mr. ir. J.P.M. Simons

Misbruik van tuchtrecht en de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van een zorgverlener bij afwikkeling van civiele aansprakelijkheid

Inleiding

1. Bovenstaande beslissingen van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (hierna: RTG) Amsterdam zijn om twee redenen interessant. Ten eerste overweegt het RTG dat een eventueel civiel aansprakelijkheidstraject (en het verloop daarvan) niet afdoet aan de vrijheid van klagster om over dezelfde kwestie een tuchtklacht in te dienen. Ten tweede brengt het RTG de manier waarop de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de zorgverlener de schade afwikkelt onder de persoonlijke verantwoordelijkheid van de zorgprofessional en daarmee onder de reikwijdte van toetsing aan de eerste tuchtnorm. Deze beide aspecten worden in deze annotatie besproken.

Feiten

2. Allereerst het feitencomplex in deze casus. Klagster onderging een operatie aan haar voet. De operatie werd uitgevoerd door twee orthopedisch chirurgen. Tijdens de operatie maakten de chirurgen gebruik van een oscillerende zaag. Op een bepaald moment tijdens de operatie heeft een van de chirurgen de zaag op het bovenbeen van klagster gelegd. De zaag is

oververhit geraakt als gevolg van een technisch mankement, waardoor een derdegraads brandwond op het been van klaagster is ontstaan. De chirurgen bleken niet op de hoogte van de inhoud van de gebruiksaanwijzing die bij de zaag behoorde. Daarin was een specifieke waarschuwing voor de verwezenlijking van dit risico opgenomen. Klaagster heeft kort na het incident beide chirurgen, alsook de kliniek waar zij werkten en de producent van de zaag, aansprakelijk gesteld voor de door haar geleden materiële en immateriële schade. De chirurgen werden hierbij bijgestaan door een schadebehandelaar van hun beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. Aanvankelijk wees de schadebehandelaar aansprakelijkheid af, omdat volgens hem de aansprakelijkheid bij de producent van de zaag en/of de kliniek als bezitter/eigenaar van de zaag berust. Dit was voor klaagster reden om bij klaagschrift tegen beide chirurgen een tuchtprocedure te starten.

3. Klaagster verweet de chirurgen onder meer dat zij de oscillerende zaag tijdens de operatie op het bovenbeen hebben gelegd, als gevolg waarvan bij haar een ernstige brandwond is ontstaan. Ook verweet klaagster de chirurgen dat zij aansprakelijkheid van de hand wezen en de fabrikant aanwezen als schuldige. Vervolgens vond de eerste terechtzitting plaats. Het RTG hield de verdere behandeling van de tuchtklacht aan in afwachting van een eventuele, nadien te treffen minnelijke regeling. Vlak hierna erkende de schadebehandelaar namens de chirurgen alsnog aansprakelijkheid voor de door klaagster als gevolg van de brandwond geleden schade.

4. Daarna ontstond tussen (de belangenbehartiger van) klaagster en de schadebehandelaar opnieuw discussie, ditmaal over de hoogte van de schade. In dat kader berichtte klaagster de chirurgen dat zij lichamelijke, emotionele en financiële problemen als gevolg van het incident ondervindt en drong zij aan op een spoedige financiële afwikkeling nu aansprakelijkheid is erkend. Een van de chirurgen reageerde (mede namens zijn collega) dat zij naar aanleiding van het bericht van klaagster bezig waren met het formuleren van een standpunt betreffende de, in hun ogen, 'incorrecte werkwijze' van de schadebehandelaar. Vervolgens deed de schadebehandelaar een aanbod jegens de belangenbehartiger van klaagster. Dit leidde echter niet tot een minnelijke regeling en het intrekken van de tuchtklacht. De behandeling ervan werd voortgezet. Ten tijde van de tweede terechtzitting was de civiele aansprakelijkheidskwestie volgens de uitspraak nog niet afgewikkeld.

5. De zaak tegen beide chirurgen is door het RTG ter zitting gezamenlijk en gelijktijdig behandeld. De uitspraken zijn vrijwel identiek en daarom annoteer ik hen gezamenlijk.

Misbruik van tuchtrecht

6. De chirurgen verdedigden zich in de eerste plaats met de stelling dat klaagster met de

voortgezette behandeling van de tuchtklacht oneigenlijk gebruikmaakte van de tuchtprocedure. Dit nu aansprakelijkheid namens hen door hun verzekeraar reeds was erkend. Begrijp ik het verweer goed, dan doelden de chirurgen er kennelijk op dat daarmee de reden voor het indienen c.q. voortzetten van de behandeling van de tuchtklacht was komen te vervallen. Dit verweer was niet bij voorbaat kansloos (zie ook sub 16 hierna): op de eerste terechtzitting had het RTG de voortzetting van de behandeling van de zaak aangehouden opdat partijen een minnelijke regeling konden bereiken. Partijen waren toen verdeeld over het standpunt omtrent de aansprakelijkheid. Op dat punt was ten tijde van de voortgezette behandeling namens de chirurgen reeds volledig toegegeven. Het RTG wees het ontvankelijkheidsverweer echter af. Het stond klaagster vrij om het handelen van de chirurgen aan de tuchtrechter voor te leggen en dat hangt niet af van (het verloop van) een eventueel civiel aansprakelijkheidstraject, aldus het RTG.

7. Naar aanleiding hiervan kan de vraag worden gesteld langs welke juridische kaders oneigenlijk c.q. misbruik van tucht(proces)recht moet worden beoordeeld.

8. Aansluiting kan worden gezocht bij artikel 3:13 BW: een bevoegdheid wordt misbruikt indien zij wordt uitgeoefend (i) met geen ander doel dan een ander te schaden, (ii) met een ander doel dan waarvoor zij is verleend en (iii) als daartoe in redelijkheid niet kon worden gekomen, in aanmerking nemende de onevenredigheid tussen het belang bij de uitoefening en het belang dat daardoor wordt geschaad. De kern van het leerstuk van misbruik van bevoegdheid is steeds dat een rechthebbende bij de uitoefening van zijn bevoegdheden het belang van zijn naasten (en van de samenleving) niet geheel mag negeren.[1] Op grond van artikel 3:15 BW heeft artikel 3:13 BW ook toepassing buiten het vermogensrecht, voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.

9. In civiel-procesrechtelijke kwesties heeft de Hoge Raad het leerstuk zo toegepast dat van misbruik van procesrecht pas sprake is als het instellen van de vordering, gelet op de evidente ongegrondheid ervan, in verband met de betrokken belangen van de wederpartij achterwege had behoren te blijven. Hiervan kan volgens de Hoge Raad eerst sprake zijn als de eiser zijn vordering baseert op feiten en omstandigheden waarvan hij de onjuistheid kende dan wel behoorde te kennen of op stellingen waarvan hij op voorhand moest begrijpen dat deze geen kans van slagen hadden. Bij het aannemen van misbruik van procesrecht of onrechtmatig handelen door het aanspannen van een procedure past terughoudendheid, gelet op het recht op toegang tot de rechter dat mede gewaarborgd wordt door artikel 6 EVRM, aldus de Hoge Raad.[2]

10. Het 'evidente ongegrondheids'-criterium kan op het eerste gezicht zonder problemen ook worden toegepast op de bevoegdheid tot het voeren van een tuchtrechtelijke procedure.

Vergelijk in dit verband een uitspraak van de Accountantskamer – tevens een wettelijk niet-hiërarchische tuchtrechter – van 3 juni 2016, waarin dit gebeurde [3] en de conclusie van A-G Langemeijer bij een uitspraak van de Hoge Raad van maart vorig jaar.[4] Vanuit dit oogpunt is de beslissing van het RTG te volgen: de klacht dat de chirurgen bij het gebruik van de oscillerende zaag een fout hadden gemaakt en daarover (aanvankelijk) aansprakelijkheid afwezen, was (mede door de ruime opvatting van de klacht door het RTG) niet evident ongegrond en leverde derhalve geen misbruik van tuchtrecht op.

Détournement de pouvoir en belangenafweging

11. Er zijn echter ook uitingvormen van het misbruikleerstuk denkbaar die niet slechts zien op evidente ongegrondheid van de tuchtklacht, doch op ruimere basis rekening houden met het eigen karakter van het wettelijk tuchtrecht en met het belang van de beroepsbeoefenaar van een belastende tuchtprocedure gevrijwaard te blijven. Anders gezegd, het starten van een tuchtprocedure kan onder omstandigheden ook los van eventuele evidente ongegrondheid van de tuchtklacht apert onredelijk zijn. Grond voor een dergelijk speciaal, op het tuchtrecht toegesneden criterium kan worden gevonden in de doelstelling van het tuchtrecht alsook de stigmatiserende en inquisitoire aard van het tuchtproces, hetgeen al dan niet in stapeling met andere procedures voor een beroepsbeoefenaar als zeer belastend heeft te gelden. In dit kader is enerzijds te noemen de situatie waarin het indienen van een tuchtklacht *détournement de pouvoir* (=doelmisbruik) van de klager oplevert. Anderzijds zijn er situaties waarin – nog steeds los van eventuele evidente ongegrondheid van de klacht – *gelet op de belangen over en weer*, de klager in redelijkheid niet tot het (her)starten van een tuchtprocedure had mogen komen. Dat licht ik hierna toe. De situatie dat een tuchtklacht wordt ingediend met het enige doel te schaden, levert overigens eigenlijk altijd misbruik van bevoegdheid op en laat ik verder buiten beschouwing.

12. Ten eerste de *détournement de pouvoir*: met welk doel dient een klager een klacht in en is de tuchtprocedure wel daarvoor bedoeld? In dat kader moet worden geconstateerd dat sommige klagers beogen de tuchtprocedure te gebruiken als ‘opstapje’ naar de civiele procedure, nu volgens vaste jurisprudentie aan een gegronde klacht civielrechtelijke waarde kan worden ontleend. Wat deze klagers eigenlijk willen is schadevergoeding, althans met een uitspraak van de tuchtrechter in de hand daarover de discussie met de beroepsbeoefenaar en/of diens verzekeraar (opnieuw) aangaan. Uitgangspunt is echter dat het tuchtrecht niet strekt tot behartiging van civielrechtelijke belangen, laat staan de beoordeling van civielrechtelijke standpunten.[6] Het tuchtrecht strekt namelijk tot de behartiging van het algemeen belang van een goede beroepsuitoefening.

13. Doelmisbruik zal daarbij niet licht worden aangenomen. Niet elke weging en/of

behartiging van andere, individuele belangen via het tuchtrecht maakt een (noemenswaardige) inbreuk op deze doelstelling en levert doelmisbruik op. Het feit dat tuchtrechtelijke kwaliteitshandhaving ‘drijft’ op, ja zelfs gediend is bij indiening van tuchtklachten door particulieren, maakt dat sprake dient te zijn van een in beginsel zo min mogelijk belemmerde toegang tot de tuchtrechter. Het doel van het indienen van de klacht – afgezien van kwade opzet – moet daar in beginsel ondergeschikt aan worden geacht. Niet voor niets erkende de Hoge Raad in *Portielje/notaris Y* [5] dat de omstandigheid dat het oordeel van de tuchtrechter over het handelen van een beroepsbeoefenaar in een civiele procedure een rol kan spelen bij de beantwoording van de vraag of de beroepsbeoefenaar aansprakelijk is (mede) aanleiding kan geven een tuchtklacht in te dienen. In dit licht bezien is het logisch dat het RTG ondanks de civielrechtelijke aspecten aan de zaak de toegang tot de tuchtprocedure niet heeft willen beperken.

14. Toch is vanuit de *détournement de pouvoir*-gedachte ook kritiek mogelijk op het oordeel van het RTG. Klaagster heeft met de tuchtklacht duidelijk de schadeafwikkeling tussen haar en de verzekeraar van de chirurgen willen beïnvloeden. Dit nu zij eerst een klacht indiende omdat namens de chirurgen aansprakelijkheid niet werd erkend, daarna door voortzetting van de behandeling van de klacht te verlangen omdat de financiële afwikkeling niet naar haar zin verliep. Ook de bewoordingen van het derde klachtonderdeel wijzen in deze richting. In dit klachtonderdeel bestreed klagster expliciet de juistheid van het namens de chirurgen ingenomen standpunt omtrent (civielrechtelijke) aansprakelijkheid. Is het doel van het indienen van de tuchtklacht ook dan nog ondergeschikt aan het belang van een onbelemmerde toegang tot de tuchtrechter?

15. Dat waag ik te betwijfelen. Nogmaals, het tuchtrecht is, zoals hiervoor toegelicht, niet bedoeld om ‘over de rug van de beroepsbeoefenaar’ zuiver civielrechtelijke kwesties uit te vechten, zoals de beroepsaansprakelijkheidsvraag of de wijze van schadeafwikkeling. Het lijkt mij niet de bedoeling dat door (de dreiging van) het indienen van een tuchtklacht de wijze van schadeafwikkeling door de verzekeraar oneigenlijk kan worden doorkruist.[7] Dat zou een ongewenst ‘chilling effect’ op die afwikkeling teweegbrengen. Het enkele argument van het RTG dat in het kader van de ontvankelijkheid het verloop van een eventueel civiel aansprakelijkheidstraject niet afdoet aan (voortzetting van) de tuchtprocedure, overtuigt mij daarom niet.

16. Ten tweede *de belangenafweging*: denkbaar is dat de klager, gelet op de betrokken belangen over en weer, ook los van eventuele evidente ongegrondheid van de klacht in redelijkheid niet tot indiening ervan had kunnen komen c.q. voortzetting van de behandeling van de klacht had kunnen verlangen. Hieronder kunnen verschillende situaties worden gerekend. Ik denk aan het jarenlang indienen van klachten over hetzelfde onderwerp,[8] dan wel dat het belang van

de klacht triviaal of niet redelijk is.[9] De chirurgen in bovengenoemde zaken lijken hun ontvankelijkheidsverweer (in ieder geval: mede) op dit laatste te hebben gebaseerd. Zij lijken een beroep te doen op het beginsel van 'geen belang, geen actie'. [10] Doordat aansprakelijkheid namens hen reeds was erkend, bestond de reden van het voortzetten van de behandeling van de klacht volgens de chirurgen niet meer. Voor het RTG was dit echter onvoldoende om te kunnen spreken van misbruik van tuchtrecht. Dat valt opnieuw te verklaren uit de gedachte dat het RTG de laagdrempelige toegang tot de tuchtrechtspraak niet te snel heeft willen beperken. Bovendien vatte het RTG het klachtonderdeel dat aansprakelijkheid van de hand werd gewezen ruim op, namelijk zodanig dat het ook de betrokkenheid van de chirurgen bij afwikkeling van de financiële gevolgen betrof. En daarover waren partijen nog in geschil.

17. Noemenswaardig is ook het ontvankelijkheidsverweer dat werd opgeworpen in de zaak die recentelijk speelde voor het RTG Zwolle.[11] In die zaak was volgens een van declaratiefraude verdachte arts het indienen van een tuchtklacht door zorgverzekeraars in strijd met het recht om niet onevenredig zwaar of disproportioneel te worden bestraft of vervolgd. Dit nu de tuchtklacht was ingediend bovenop een reeds ingestelde bestuursrechtelijke procedure, civielrechtelijke maatregelen, registraties in het EVR en bij Zorgverzekeraars Nederland samen met de publiciteit over een door de NZa opgelegde boete. Voor het RTG Zwolle was dat in die zaak echter niet genoeg om te spreken van een onevenredige belangenafweging om een tuchtklacht in te dienen c.q. misbruik van tuchtrecht, nu het tuchtrecht 'een eigen positie' had.

18. Is sprake van gerechtvaardigd vertrouwen dat van het indienen van een tuchtklacht zou worden afgezien, dan kan het toch indienen onder strikte omstandigheden ook misbruik van tuchtrecht opleveren. Te wijzen is in dat verband op de beslissing van het CTG van 15 september 2011,[12] waarin werd overwogen dat uitgangspunt is dat wanneer een klachtprocedure is beëindigd door intrekking van de klacht, dit op zichzelf niet de mogelijkheid afsnijdt een nieuwe klacht in te dienen over handelen of nalaten waarover eerder is geklaagd. Voor een inhoudelijke beoordeling van een dergelijke opnieuw ingediende klacht is echter geen plaats, indien de klager daarmee misbruik maakt van zijn bevoegdheid tot klagen, aldus het CTG. Aan dit criterium wordt volgens het CTG voldaan indien de klager er niet in redelijkheid toe heeft kunnen komen na het intrekken van de klacht andermaal te klagen over hetzelfde handelen of nalaten. Misbruik achtte het CTG in die zaak overigens niet aanwezig. De vraag kan worden gesteld wanneer wel sprake zou zijn van misbruik in deze zin. Stel dat partijen in een overeengekomen minnelijke regeling een bepaling hadden opgenomen op grond waarvan klager gehouden is de tuchtklacht in te trekken, zou dat dan voldoende zijn om in het voorkomende geval bij de tuchtrechter te bepleiten dat de klager in redelijkheid niet andermaal over de feiten kan klagen? Hetzelfde kan men zich afvragen in het geval dat in het

kader van een beslechting van een geschil een dergelijke afspraak wordt overeengekomen, maar waarbij nog geen tuchtprocedure is gestart. Verondersteld dat een afspraak om geen tuchtklacht (meer) in te dienen ofwel in te trekken rechtsgeldig is (een geschil moet toch een keer eindigen), is verdedigbaar dat dan niet in redelijkheid tot indiening van een tuchtklacht kan worden gekomen. Indien een tuchtrechter zich niet gebonden acht aan dergelijke bepalingen, dan zou dat de schikkingsbereidheid van beroepsbeoefenaars in ieder geval niet ten goede komen.

Gevolgen van misbruik van tucht(proces)recht

19. Men kan verschillend denken over de gevolgen van misbruik van de bevoegdheid een tuchtklacht in te dienen. Behalve de onmogelijkheid van een inhoudelijke tuchtrechtelijke toetsing van de klacht door een niet-ontvankelijkheidsverklaring, is er ook een scenario met minder verre gaande consequenties denkbaar. Zoals een sanctionering achteraf door middel van een kostenveroordeling van de klager. De Awb kent in artikel 8:75 de bepaling dat een natuurlijk persoon in de kosten kan worden veroordeeld in geval van kennelijk onredelijk gebruik van procesrecht. In de Wet BIG – en ook de andere tuchtwetten – wordt zo'n bepaling echter niet gekend. Mijns inziens ten onrechte, nu misbruik van tuchtprocesrecht niet illusoir is. Wellicht is het een idee om een op artikel 8:75 Awb georiënteerde bepaling op te nemen in het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet BIG in verband met de verbeteringen die worden doorgevoerd in het tuchtrecht alsmede verbeteringen ten aanzien van het functioneren van de wet.[13]

De rol van de zorgverlener bij afwikkeling van civiele aansprakelijkheid

20. Het RTG geeft voorts enkele belangrijke overwegingen over de rol van de arts bij financiële afwikkeling van de schade na een incident. Kort gezegd komen deze hierop neer, dat op het moment dat een aansprakelijkheidsverzekeraar de schade op onzorgvuldige wijze afwikkelt, het op de weg van de zorgverlener ligt de verzekeraar daarop aan te spreken. Zulks past op zichzelf binnen de tendens die al jaren geleden is ingezet in tuchtrechtelijke uitspraken en gedragsregels waar het belang van goede nazorg na een incident wordt benadrukt.[14]

21. In de bovengenoemde zaken meende het RTG dat de aansprakelijkheidsverzekeraar, meer in het bijzonder de betrokken schadebehandelaar, de schadeafwikkeling op onzorgvuldige wijze verrichtte. De reden hiervoor was dat de tuchtprocedure volgens het RTG noodzakelijk was om erkenning van aansprakelijkheid af te dwingen en de schadebehandelaar onvoldoende zou hebben bevoorschot. Gelet hierop hadden de chirurgen de schadebehandelaar (tijdig) moeten aanspreken op de incorrecte wijze waarop de schade van klaagster werd afgewikkeld, aldus het RTG.

22. Hoewel ik mij kan voorstellen dat een adequate (financiële) afwikkeling van een incident onder de werkingssfeer van de eerste tuchtnorm kan vallen, vraag ik mij wel af hoe ver de door het RTG geformuleerde plicht reikt en hoe dit in de praktijk uitpakt. De door het RTG geconstrueerde norm komt mij enigszins paradoxaal voor. Enerzijds behoort de erkenning van de aansprakelijkheid in het kader van de civiele schadeafwikkeling niet tot het domein van de zorgprofessional maar van diens aansprakelijkheidsverzekeraar, maar anderzijds draagt de zorgprofessional wel verantwoordelijkheid voor de manier waarop die schadeafwikkeling verloopt en dient hij zijn aansprakelijkheidsverzekeraar aan te spreken op een incorrecte afwikkelingswijze, aldus het RTG. Door dat laatste wordt de zorgprofessional toch gedwongen zich een oordeel te vormen over de aansprakelijkheid en de afwikkeling? Aldus begeeft hij zich alsnog op het terrein van de aansprakelijkheidsverzekeraar, die zich op grond van de verzekeringsvoorwaarden doorgaans het alleenrecht zal hebben voorbehouden vordering te erkennen, af te wijzen en schade te regelen. En hoe zit het als niet de zorgprofessional zelf, maar het ziekenhuis aansprakelijk wordt gesteld op grond van artikel 7:462 BW? Heeft hij ook in dat geval de tuchtrechtelijke plicht om voor een adequate financiële afwikkeling te zorgen en zo nodig de betrokken aansprakelijkheidsverzekeraar op diens afwikkelwijze aan te spreken?

23. Daarmee raakt de overweging van het RTG de kwestie welke vrijheid de zorgprofessional vanuit tuchtrechtelijk oogpunt toekomt in een (in wezen) civielrechtelijk geschil. Aan de hand van welke maatstaf dient beoordeeld te worden of de zorgverlener een bepaald civielrechtelijk standpunt in zijn professionele betrekkingen mag innemen dan wel zijn aansprakelijkheidsverzekeraar moet aanspreken indien die dat namens hem doet? Het RTG geeft hierover geen uitsluitel, maar lijkt de grenzen van het tuchtrecht op dit punt behoorlijk ruim te trekken. Dit nu het RTG op basis van niet eens het hele shadedossier van klaagster tot de overtuiging is gekomen dat de schadeafwikkeling op onzorgvuldige wijze plaatsvindt en de chirurgen de schadebehandelaar daarop volgens het RTG hadden moeten aanspreken. Mijns inziens zou ter zake meer recht moeten worden gedaan aan het onderscheid tussen het tuchtrecht en het civiele recht. Het tuchtrecht dient zoals gezegd een ander doel dan vermeende incorrecte civielrechtelijke standpunten en schadeafwikkelingen aan te vechten. Daarvoor is het civiele recht bedoeld, dat speciaal hiervoor in de deelgeschilprocedure een slachtoffervriendelijke rechtsingang kent. Ik meen daarom dat zolang een ingenomen standpunt niet aanstonds als volstrekt onredelijk is te bestempelen, dan wel dat het ingenomen standpunt bewust onjuist of misleidend (en dus te kwader trouw) is, hieruit geen gegrond tuchtrechtelijk verwijt voor de zorgprofessional dient voort te vloeien. Noch indien hij het standpunt zelf heeft ingenomen, noch indien dat namens hem door zijn aansprakelijkheidsverzekeraar is gebeurd.[15]

Slot

24. Los van de kwesties met betrekking tot misbruik van tuchtrecht en de oneigenlijke vermenging van het tuchtrecht met het civiele recht, introduceert het RTG niettemin vooralsnog [16] een nieuwe norm. Een zorgprofessional is ook verantwoordelijk voor de afwikkeling van de financiële gevolgen van een medische fout. Het RTG meent dat deze norm onder zorgverleners (mogelijk nog) niet voldoende bekend is. Daarom verweet het RTG dit de chirurgen niet. Voor zorgprofessionals is dus een extra aansporing gecreëerd om zich in het schadeafwikkelingsdebat te mengen.

mr. M.F. Mooibroek

Noten

[1] E.J.H. Schrage, *Misbruik van bevoegdheid*, Deventer: Kluwer 2012, p. 4-5.

[2] HR 6 april 2012, *NJ* 2012/233.

[3] Accountantskamer 3 juni 2016, ECLI:NL:TACAKN:2016:43, r.o. 4.7.

[4] HR 18 maart 2016, ECLI:NL:HR:2016:1056, r.o. 2.4.

[5] HR 10 januari 2003, *NJ* 2003, 537, r.o. 3.3.

[6] Zie *Kamerstukken II* 1987/88, 19522, 7 (MvA Wet BIG) p. 76: 'Het tuchtrecht kan in de verhouding tussen de beroepsbeoefenaren en zijn patiënt (cliënt) niet de plaats innemen van het *privaatrecht*'. Vgl. ook HvD 19 augustus 1991, 1529 (kenbaar uit: S. Boekman & F.A.W. Bannier, *Advocatentuchtrecht* (Deventer: Kluwer 2012), p. 44). Het Hof van Discipline overwoog dat als de achtergrond van de klacht een civiel geschil is, het niet de taak van de tuchtrechter is daarover een oordeel te geven.

[7] Vgl. RvD 's-Hertogenbosch 20 juni 2011, ECLI:NL:TADRSHE:2011:YA1766, waarin het dreigen met een tuchtklacht als pressiemiddel om iemand tot betaling te bewegen ontoelaatbaar werd geoordeeld.

[8] Vgl. KvG 14 april 2015, ECLI:NL:TGDKG:2015:80.

[9] Vgl. Kamer van Toezicht Notariaat 's-Hertogenbosch 21 januari 2010, ECLI:NL:TNOKSHE:2010:YCO390, r.o. 4.1, waarin de notariële tuchtrechter oordeelde dat wie zonder belang een klacht indient niet-ontvankelijk wordt verklaard op grond van de in het klachtrecht aanvaarde regel 'geen belang, geen actie'.

[10] Strikt genomen staat het beginsel van ‘geen belang, geen actie’ los van de belangenafweging, als bedoeld in artikel 3:13 lid 2 BW. Zie HR 9 oktober 1998, *NJ* 1998/853 (*Baby Jeffrey*).

[11] RTG Zwolle 9 juni 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:106.

[12] CTG 15 september 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1590.

[13] *Kamerstukken II* 2016/17, 34629, 2.

[14] Bijvoorbeeld CTG 10 september 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:102 en RTG Zwolle 10 februari 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:34. Zie ook de KNMG-Richtlijn uit 2007 ‘Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?’ en de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA). Zie ook artikel 10 lid 3 Wkkgz. Zie voorts B.S. Laarman, ‘De professionele standaard: wat is een open en eerlijke reactie na een medisch incident?’, *TvGR* 2017, p. 351-359.

[15] Vgl. de beslissingen van de Accountantskamer van 29 maart 2011, ECLI:NL:TACAKN:2011:YHo156 en 2 februari 2015, ECLI:NL:TACAKN:2015:10.

[16] Het is de auteur niet bekend of hoger beroep in de zaken is aangetekend.

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak gaat het om een ongegronde klacht tegen een psychotherapeut (verweerder). Klager wordt met zijn vrouw bij de kliniek waar verweerder destijds werkte aangemeld voor relatietherapie. Hierbij geeft de huisarts aan dat er mogelijk sprake is van persoonlijkheidsstoornissen bij beide echtgenoten. Ondanks een gezamenlijk traject gaan klager en zijn echtgenote uiteindelijk toch scheiden. Klager laat een persoonlijkheidsonderzoek doen, maar zijn echtgenote weigert dit, tot groot ongenoegen van klager. Het RTG Eindhoven bepaalt dat een verantwoorde invulling van de behandeling een verantwoordelijkheid is van de instelling en in dit geval meer in het bijzonder van verweerder. Dit heeft verweerder op goede gronden gedaan, waardoor de verschillende klachten van klager niet kunnen slagen.

Feiten

Klager en zijn vrouw zijn bij de instelling waar verweerder destijds werkzaam was in maart 2015 ingestroomd vanwege ernstige relatieproblemen en vermoedelijke persoonlijkheidsstoornissen bij beide echtgenoten. Uiteindelijk wordt in een gezamenlijk gesprek besproken dat hen samen relatietherapie wordt gegeven en dat klager een persoonlijkheidsonderzoek naar ASS laat doen, waarmee hij akkoord gaat. Later schrijft klager daarover aan verweerder: 'the highly speculative statements made in front of my wife was an invasion of my privacy'.

De therapie werkt niet en klager en zijn echtgenote gaan scheiden. Klager vraagt verweerder om aan zijn echtgenote voor te stellen een persoonlijkheidsonderzoek te laten uitvoeren en hem over de uitkomst daarvan te informeren. In het kader van de privacy van de echtgenote doet verweerder daar verder geen uitspraken over tegen klager. Hij schrijft hem te hebben

gezegd dat hij het haar gevraagd heeft, maar dat zij niet wilde. In een later gezamenlijk gesprek vraagt klager opnieuw aan zijn echtgenote zich te laten onderzoeken, wat zij weigert. Daarna is de hulpverlening op verzoek van klager beëindigd.

Klager verwijt verweerder dat hij:

- (i) geweigerd heeft om de door klager aangereikte feiten en het bewijsmateriaal over het liegen van zijn vrouw te bekijken;
- (ii) klagers privacy heeft geschonden door het doen van speculatieve uitlatingen over mogelijk bij klager bestaande persoonlijkheidsstoornissen in het bijzijn van zijn echtgenote, terwijl verweerder ermee bekend was of geacht had moeten zijn dat zijn echtgenote dit zou uitbuiten;
- (iii) op onethische wijze klagers medewerking aan een onnodig onderzoek heeft afgedwongen;
- (iv) tijdens een telefoongesprek misleidende en suggestieve opmerkingen heeft gemaakt (over het persoonlijkheidsonderzoek van zijn vrouw);
- (v) klager heeft geweigerd te vertellen wat hij zijn echtgenote precies had gevraagd over het persoonlijkheidsonderzoek en de daarop volgende discussie/behandeling onprofessioneel heeft afgesloten.

Oordeel

Ad (i) Conform het standpunt van verweerder is het niet de taak van een psychotherapeut om aan waarheidsvinding te doen. Dit is ook duidelijk aan klager uitgelegd. Ook kon verweerder de behandeling ook zonder te kijken naar het feitenrelaas van klager, goed uitvoeren. Het klachtonderdeel faalt.

Ad (ii) Klager en zijn echtgenote hebben zelf gekozen voor een gezamenlijk traject. Dit vereist transparantie en een open instelling. Dit houdt in dat verweerder bevindingen uit de individuele intakegesprekken mocht delen bij de sessies. Daarnaast waren er ook al door de verwijzing van de huisarts voldoende aanwijzingen dat bij klager mogelijk sprake was van ASS. Het klachtonderdeel faalt.

Ad (iii) Klager heeft zelf ingestemd met het persoonlijkheidsonderzoek, zowel tijdens een gesprek als in een e-mail. Niet is gebleken dat dit onder dwang gebeurde. Ook is niet gebleken dat het onderzoek onnodig was. Aan de hand van de verwijzing van de huisarts en het individuele intakegesprek waren er aanwijzingen dat er sprake was van ASS bij klager. Het klachtonderdeel faalt.

Ad (iv) Deze klacht is onvoldoende onderbouwd. Tevens ziet klager over het hoofd dat na de scheiding geen sprake meer was van een gezamenlijk traject. Van de voornoemde transparantie en openheid was toen al geen sprake meer. Verweerder had een geheimhoudingsplicht jegens de echtgenote. Het klachtonderdeel faalt.

Ad (v) Voor wat betreft de weigering om te vertellen wat verweerder met de echtgenote had besproken na de scheiding, verwijst het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven (RTG) naar ad (iv). Tevens is niet gebleken dat verweerder het traject onprofessioneel heeft afgesloten.

Tot slot overweegt het RTG dat klager kennelijk een ander doel voor ogen stond met de behandeling, namelijk zijn echtgenote te laten behandelen voor haar liegen. Dit doet er niet aan af dat ze bij de kliniek waren aangemeld voor relatietherapie, waarbij aangegeven was dat er mogelijk sprake was persoonlijkheidsstoornissen. De kliniek mag op verantwoorde wijze zelf invulling geven aan de behandeling. Verweerder heeft klager op goede gronden geadviseerd en laten behandelen. De klacht is ongegrond.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 30-10-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2017:112

Zaaknummer: 1734

Advocaten: J. Cox-Brinkman

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Klaagster is de moeder van D. D is overleden op 20 mei 2016. Verweerster (verpleegkundige) heeft D de nacht voor haar overlijden verzorgd. Zij krijgt van het RTG Den Haag een waarschuwing omdat zij de alarmsignalen van een beginnende sepsis niet heeft herkend. Daarnaast heeft zij nagelaten de medische geschiedenis te bestuderen en heeft zij onterecht geen arts in huis geroepen, ondanks de signalen van klaagster over de veranderde situatie van haar moeder.

Feiten

Klaagster is de moeder van de op 20 mei 2016 overleden patiënte D. D was volledig zorgafhankelijk door de ziekte van Parkinson en opgenomen in een verpleeghuis, alwaar verweerster werkzaam is als verpleegkundige. In april en mei 2016 is D twee keer opgenomen in het ziekenhuis, vanwege ernstige brandwonden door te hete koffie en dehydratie.

In de avond van 19 mei 2016 wordt D in het verpleeghuis ziek. Er wordt rond 22:30 uur een temperatuur van 38.0 graden gemeten, een bloeddruk van 97/73, een pols van 116 en een saturatie van 94-96 procent. Ook is zij koud en klammig en heeft zij een bolle buik. Verweerster is op dat moment werkzaam als avond- en nachthoofd. Zij beoordeelt D een aantal keer die avond, waarbij klaagster eist dat er een arts bij wordt gehaald, omdat volgens haar haar moeder erg ziek is en onrustig blijft. Verweerster legt klaagster daarbij uit dat zij het niet noodzakelijk vindt om een arts in huis te halen.

Omstreeks 3 uur 's nachts is er bij D een daling van de bloeddruk, toename van de pols en een toename van de temperatuur waarneembaar. Ook blijft zij onrustig, koud en klammig en de buik is nog altijd bol. In het verpleegkundig dossier noteert verweerster dat 'dochter niet voor rede vatbaar' is en opnieuw eist dat er een arts gebeld wordt en dat zij anders 112 belt. De arts heeft daarop wel telefonisch met de dochter gesproken, maar komt niet in huis.

Op 20 mei 2016 (diezelfde nacht) belt klaagster om 5.15 uur zelf een ambulance, waarna D

naar het ziekenhuis is overgebracht. Aldaar blijkt dat sprake is van sepsis en wordt bij D darmischemie vastgesteld. In overleg met de familie wordt dan een palliatief traject gestart. Diezelfde dag overlijdt D om 15.00 uur in het ziekenhuis.

De klacht luidt dat verweerster in de nacht van 19 op 20 mei 2016 eerder had moeten zorgen dat er een arts in huis kwam. Klaagster werd niet serieus genomen en heeft tevergeefs daar meerdere malen op aangedrongen. D heeft in de bewuste nacht moeten lijden en is kort daarna overleden.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag (RTG) is van oordeel dat aan verweerster een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Er was immers omstreeks 3 uur 's nachts een kanteling waarneembaar in de signalen van D. Verweerster heeft op dat moment nagelaten een arts in huis te roepen om D medisch te beoordelen. Dat verwijt is terecht, zeker nu verweerster D niet persoonlijk kende en niet op de hoogte was van haar voorgeschiedenis. Verweerster had daarmee rekening moeten houden bij haar handelen en aandacht moeten geven aan het uitdrukkelijke signaal van klaagster dat de situatie van haar moeder veranderde.

Het beeld van D om 3 uur 's nachts was al met al alarmerend (zeker gezien de voorgeschiedenis) en had ook zo door verweerster bestempeld moeten worden. Zij had daarop actie moeten ondernemen en is ten onrechte uitgegaan van de werkdiagnose 'urinewegsinfectie'. Zij had zich moeten verdiepen in het beloop van de voorgaande dagen en de relevante voorgeschiedenis. De klacht is gegrond. Verweerster krijgt een waarschuwing.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 24-10-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2017:145

Zaaknummer: 2017-004a

Advocaten: W.R. Kastelein

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak gaat het om een klacht tegen een waarnemend huisarts, samenhangend met klacht 2017-128a. Verweerster heeft voldoende signalen gekregen voor een niet-pluisgevoel. Van verweerster had daarom een ander beleid verwacht mogen worden, namelijk verwijzing naar een neuroloog op korte termijn. De klacht is gegrond, met oplegging van de maatregel van waarschuwing.

Feiten

Verweerster is sinds april 2011 werkzaam als huisarts en werkt vanaf 1 december 2016 als waarnemend huisarts samen met verweerder in de zaak 2017-128a in de praktijk waar klaagster als patiënte staat ingeschreven.

Klaagster heeft zich op 24 november 2016 gewend tot de collega van verweerster vanwege hoofdpijnlachten die op dat moment een week aanhielden. De collega heeft in het journaal genoteerd dat klaagster sinds een week hoofdpijn had, niet bekend was met migraine en sinds april bewust aan het afvallen was. Verweerder heeft klaagster onderzocht, onder meer aan de hand van de proef van Barré en de vingerneusproef en haar verwezen naar de fysiotherapeut omdat haar nek vast zat. Zij is met die therapie na drie behandelingen gestopt.

Op 27 december 2016 is klaagster met diarreeklachten door verweerster op haar spreekuur gezien. Klaagster werd vergezeld door haar dochter. De dochter vertelde dat klaagster de krant niet goed kon lezen en moeizaam uit haar woorden kon komen. 'De dansende meisjes' werd door klaagster gelezen als 'de wassende wijsjes' en volgens de dochter praatte klaagster warrig, verdraaide zij woorden en gaf de telefoon aan als werd verzocht om de afstandsbediening. Sinds een dag had klaagster diarree, zag klaagster grijs en kwam ze ziek op de familie over, die zich zorgen maakte. Verweerster dacht op dat moment aan verwardheid en gastro-enteritis met in de dd een mogelijke delier. Evaluerend is genoteerd: 'indicatie ct-cerebrum?'. Verweerster heeft klaagster verwezen voor bloedonderzoek en heeft klaagster gevraagd na twee weken opnieuw op het spreekuur te komen.

De collega van verweerster heeft klaagster vervolgens op 16 januari 2017 op zijn spreekuur gezien. Daarover is in het journaal genoteerd dat klaagster in het voorgaande jaar flink is afgevallen, soms last houdt van woordvindingsstoornissen, dat zij de afgelopen weken ook af en toe flink in de war is geweest en geen neurologische uitval heeft gehad.

Op 9 februari 2017 heeft MRI-onderzoek plaatsgehad waaruit een tweetal infarcten in de hersenen bleek en een vernauwing van de halsslagader links. Na een daaropvolgende CT-scan is besloten de vernauwing operatief te behandelen. Klaagster is op 28 februari 2017 geopereerd en is goed van haar klachten hersteld.

Klaagster verwijt verweerster dat zij een verkeerde of te late diagnose heeft gesteld en dat zij klaagster ten onrechte niet heeft doorverwezen.

Oordeel

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) wijst er allereerst op dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Het tuchtrecht gaat uit van persoonlijke verwijtbaarheid, zodat het persoonlijk handelen van verweerster tijdens het spreekuurcontact op 27 december 2016 bij voormelde beoordeling centraal staat.

Verweerster heeft aangevoerd dat zij bij klaagster tijdens het spreekuur geen verwardheid of woordvindingsprobleem kon vaststellen. Zij heeft deze klachten geduid als een mogelijk delier, veroorzaakt door de darminfectie. Verweerster was bang dat het gewichtsverlies, hoewel bewust en gewenst, een eventuele onderliggende oorzaak had. Zij heeft klaagster daarom verwezen voor bloedonderzoek en haar geadviseerd veel te drinken en Loperamide te gebruiken. Verweerster had geen niet-pluisgevoel.

Voor zover het de geconstateerde gastro-enteritis betreft acht het CTG het door verweerster ingestelde beleid (bloedonderzoek en bij aanhoudende klachten na twee weken terugkomen) juist. Ook kan in een dergelijk geval aan een delier worden gedacht, zoals verweerster heeft overwogen. Naar het oordeel van het CTG heeft verweerster bij haar beoordeling echter ten onrechte geen acht geslagen op hetgeen door onder andere de dochter over klaagster naar voren is gebracht. Daaruit had klaagster kunnen afleiden dat de woordvindingsstoornissen ofwel de cerebrale/neurologische problemen al vier weken speelden, terwijl klaagster pas twee dagen klachten van diarree had. Aldus was het niet zonder meer logisch de neurologische

klachten te relateren aan een delier als gevolg van darmklachten. Uit het relaas van de dochter bleek bovendien dat de familie zich zorgen maakte over klaagster. Verweerster had op grond hiervan een mogelijke TIA moeten overwegen. Al met al waren er voldoende signalen voor een niet-pluisgevoel.

Dat verweerster niet direct een duidelijke diagnose had, valt haar niet te verwijten. Maar van verweerster had verwacht mogen worden, gezien de haar ter ore gekomen gegevens, een ander beleid te volgen, namelijk verwijzing naar een neuroloog op korte termijn. In zoverre kan de klacht van klaagster gegrond worden verklaard.

Verweerster heeft in strijd gehandeld met de zorg die zij ten opzichte van klaagster behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Het CTG volstaat in de gegeven omstandigheden met een waarschuwing. Deze maatregel is bedoeld als een zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van de handelwijze van de arts naar voren brengt zonder daarop het stempel van laakbaarheid te drukken. Verweerster heeft er ter zitting blijk van gegeven van deze zaak te hebben geleerd en in een voorkomend geval de informatie van de familie van de patiënt serieus bij haar beoordeling te zullen betrekken en anders te zullen handelen.

mr. L. van Duyneveldt-Franken

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 31-10-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2017:152

Zaaknummer: 2017-128b

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak gaat het om een klacht tegen een huisarts, samenhangend met klacht 2017-128b. Klaagster heeft zich bij verweerder en zijn collega gemeld met klachten van hoofdpijn, diarree, woordvindingsstoornissen en verwardheid. Van verweerder had bij gebrek aan een duidelijke verklaring van de klachten van woordvinding en verwardheid een pro-actiever beleid mogen worden verwacht, waarbij hij een doorverwijzing op korte termijn naar een neuroloog had moeten realiseren voor verdere diagnostiek. De klacht is deels gegrond. De maatregel van waarschuwing wordt opgelegd.

Feiten

Verweerder is sinds 1 maart 2012 werkzaam als praktijk houdend huisarts. Hij werkt samen met twee collega-praktijkhouders, waaronder verweerder in de zaak 2017-128b. Klaagster heeft zich op 24 november 2016 gewend tot verweerder vanwege hoofdpijnlachten die op dat moment een week aanhielden. Verweerder heeft in het journaal genoteerd dat klaagster sinds een week hoofdpijn had, niet bekend was met migraine en sinds april bewust aan het afvallen was. Verweerder heeft klaagster onderzocht, onder meer aan de hand van de proef van Barré en de vingerneusproef en haar verwezen naar de fysiotherapeut omdat haar nek vast zat. Zij is met die therapie na drie behandelingen gestopt.

Op 27 december 2016 heeft klaagster zich samen met haar dochter tot de collega van verweerder gewend met klachten van diarree. De collega heeft klaagster verwezen voor bloedonderzoek en heeft klaagster gevraagd na twee weken opnieuw op het spreekuur te komen. Hierover is in het journaal onder meer genoteerd dat klaagster ook af en toe in de war is. Ze kan niet op woorden komen, draait woorden om en zij kan de krant niet lezen. De collega heeft verwardheid vastgesteld en gastro-enteritis met in de dd een mogelijke delier. Evaluerend is genoteerd: 'indicatie ct-cerebrum?'.

Verweerder heeft klaagster vervolgens op 16 januari 2017 op zijn spreekuur gezien. Daarover is

in het journaal genoteerd dat ze in het voorgaande jaar flink is afgevallen, soms last houdt van woordvindstoornissen, afgelopen weken ook af en toe flink in de war is geweest en geen neurologische uitval heeft gehad. Het inmiddels verrichte bloedonderzoek liet geen afwijkingen zien. Verweerder heeft bij onderzoek geen bijzonderheden of alarmbevindingen geconstateerd. De kracht in de armen was normaal en de coördinatie ongestoord. Verweerder heeft als optie met klaagster besproken om enkele weken af te wachten. Klaagster wenste een verwijzing naar de neuroloog. Verweerder heeft klaagster naar de neuroloog verwezen.

Klaagster heeft op 2 februari 2017 met verweerder telefonisch contact opgenomen of een op 13 februari 2017 geplande MRI versneld kon worden. Verweerder heeft geen actie ondernomen, maar klaagster verwezen naar de afdeling radiologie. MRI-onderzoek heeft een tweetal infarcten in de hersenen aangetoond en een vernauwing van de halsslagader links. Na een daaropvolgende CT-scan is besloten de vernauwing operatief te behandelen. Klaagster is op 28 februari 2017 geopereerd en is goed van haar klachten hersteld.

Klaagster verwijt verweerder dat hij een verkeerde of te late diagnose heeft gesteld en dat hij haar ten onrechte niet heeft doorverwezen.

Oordeel

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) wijst er allereerst op dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Het tuchtrecht gaat uit van persoonlijke verwijtbaarheid, zodat het persoonlijk handelen van verweerder tijdens zijn beide consulten bij voormelde beoordeling centraal staat.

Verweerder heeft ter zitting aangevoerd dat hij klaagster op 24 november 2016 na onderzoek naar de fysiotherapeut heeft verwezen, omdat hij haar klachten op dat moment als een gevolg van het vastzitten van de nek duidde. Naar het oordeel van het CTG heeft verweerder op 24 november 2016 een anamnese afgenomen en heeft klaagster deugdelijk onderzocht waarbij geen stoornissen zijn vastgesteld die op een mogelijk (neurologische) aandoening konden wijzen. Hij heeft op dat moment in redelijkheid kunnen besluiten tot verwijzing naar de fysiotherapeut. Omdat de lezingen van partijen van dit consult verschillen, kan het CTG niet vaststellen of klaagster tijdens dit consult met verweerder heeft besproken dat zij de krant niet kon lezen.

Dat is anders met betrekking tot het consult op 16 januari 2017. Bij klaagster was voortgezet sprake van malaise. Zij was ruim twee weken daarvoor door de collega van verweerder gezien, die ook had genoteerd dat klaagster in de war was en niet op woorden kon komen, waarbij tevens sprake was van het omdraaien van woorden en niet kunnen lezen van de krant. Ook op het spreekuur bij verweerder heeft klaagster geuit dat zij last had van woordvindingsstoornissen en verwardheid. Op zijn minst moet dat in combinatie met wat over klaagster bij het consult van 27 december 2016 is genoteerd als een symptoom worden aangemerkt dat duidde op mogelijk cerebraal functie-uitval dat in ieder geval nader en uitgebreider neurologisch onderzoek vereiste dan de testen die verweerder heeft gedaan.

Ter zitting heeft verweerder aangevoerd dat hij de klachten in combinatie met het gewichtsverlies heeft geduid als passend bij een mogelijk gezwel in de hersenen. Daarbij heeft hij miskend dat sprake was van bewust gewichtsverlies. Het CTG kan verweerder niet volgen in zijn voorstel om enkele weken te wachten. Daarnaast was sprake van een zeer ongeruste patiënte, zodat er voldoende signalen waren voor een niet-pluisgevoel. Dat verweerder niet direct een duidelijke diagnose had, valt hem niet te verwijten. Wel had van hem bij gebrek aan een duidelijke verklaring van de klachten met betrekking tot de woordvinding en verwardheid een pro-actiever beleid mogen worden verwacht, waarbij hij een doorverwijzing op korte termijn naar een neuroloog had moeten realiseren voor verdere diagnostiek. In zoverre kan de klacht van klaagster gegrond worden verklaard.

Verweerder heeft in strijd gehandeld met de zorg die hij ten opzichte van klaagster behoorde te betrachten, zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Het CTG volstaat in de gegeven omstandigheden met een waarschuwing. Deze maatregel is bedoeld als een zakelijke terechtwijzing die de onjuistheid van de handelwijze van de arts naar voren brengt zonder daarop het stempel van laakbaarheid te drukken. Verweerder heeft er ter zitting blijk van gegeven van deze zaak te hebben geleerd en in een voorkomend geval anders te zullen handelen.

mr. L. van Duyneveldt-Franken

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 31-10-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2017:151

Zaaknummer: 2017-128a

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak gaat het over een klacht tegen een fysiotherapeut (verweerster) over de door haar in acht genomen zorgvuldigheid bij de behandeling van een patiënte (klaagster) met de aandoening osteogenesis imperfecta (OI). Verweerster had een eigen verantwoordelijkheid om het behandelbeleid te evalueren en een eigen beleid in te zetten. De maatregel van waarschuwing wordt opgelegd, gelet op de toetsbare opstelling door verweerster, het door haar ter zitting getoonde inzicht en de geringe overschrijding van de tuchtnorm.

Feiten

Klaagster is bekend met de aandoening osteogenesis imperfecta (OI). Verweerster is werkzaam in de fysiotherapiepraktijk in B waar klaagster al jaren onder behandeling was van haar collega fysiotherapeut E. Wegens vertrek van E is klaagster bij verweerster in behandeling gekomen. Verweerster behandelde klaagster daarvoor incidenteel al wel eens in geval van afwezigheid van E.

Na het vertrek van E in november 2013 nam verweerster de behandeling van klaagster over. Verweerster besloot de behandeling van haar voorganger voort te zetten. Deze behandeling door E bestond uit massage en oefentherapie, welke therapie aansloot bij de reeds jaren bestaande hulpvraag van klaagster.

Op 17 december 2013 heeft verweerster klaagster voor de derde keer behandeld en daarbij onder meer de gehele ribbenboog gemobiliseerd. Op 18 december 2013 heeft klaagster contact opgenomen met verweerster. Klaagster gaf aan veel pijn te hebben en was ongerust. Verweerster heeft klaagster diezelfde dag gezien, haar klachten gescreend en klaagster gerustgesteld. Dit consult is niet vermeld in het behandeljournal. Op 24 december heeft verweerster klaagster weer behandeld en in het dossier genoteerd dat klaagster een na-reactie had van de vorige behandeling, met name pijnklachten over de ribbenboog. Hiervoor is cure-

tape gebruikt. Ook op 6 en 10 januari 2014 waren er nog pijnklachten en werd wederom cure-tape gebruikt. Bij de behandeling op 16 januari waren er nog steeds pijnklachten maar werd geen cure-tape gebruikt wegens huidirritatie.

Op 4 februari 2014 heeft klaagster haar huisarts bezocht vanwege deze pijnklachten. De huisarts stelde de werkd Diagnose ribcontusie en gaf klaagster pijnstillers. Bij brief van 4 februari 2014 heeft klaagster bezwaar gemaakt tegen de nota van verweerster omdat verweerster volgens klaagster tijdens de behandeling op 17 december 2013 haar ribben op diverse plaatsen heeft gekneusd.

Op 11 februari 2014 heeft de huisarts klaagster vanwege haar klachten doorverwezen naar haar behandelend neuroloog voor het laten maken van een foto. Op een op 3 maart 2014 vervaardigde EMG en röntgenopname werden geen bijzonderheden geconstateerd. Op 10 april 2014 is een foto gemaakt waarop het beeld van een wervelinzakking van de tiende thoracale wervel was te zien. Op de CT-scan die op 27 mei 2014 is gemaakt zijn onder meer afwijkingen zichtbaar aan Th8 en Th10, waarbij wordt aangegeven dat de afwijking aan Th10 mogelijk een verse fractuur betreft en die aan Th8 van oudere datum zou kunnen zijn.

Klaagster verwijt verweerster dat:

- (i) zij de behandeling op 17 december 2013 onzorgvuldig uitvoerde;
- (ii) zij tijdens deze behandeling uitgebreid en geanimeerd in gesprek ging met een collega;
- (iii) door deze behandeling de op 10 april 2014 geconstateerde inzakkingsfractuur, thoracaal 8, is ontstaan;
- (iv) van het consult op 18 december 2013 geen melding is gemaakt in het fysiotherapeutisch dossier;
- (v) zij niet adequaat heeft gehandeld door klaagster naar aanleiding van de op 18 december 2013 geuite pijnklachten niet door te verwijzen.

Verweerster voert aan dat zij het spijtig vindt wat klaagster is overkomen maar dat zij klaagster naar eer en geweten heeft behandeld. Verweerster stelt zich op het standpunt dat er geen relatie is aan te tonen tussen haar fysiotherapeutische behandeling en de later geconstateerde fractuur.

Oordeel

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) wijst er allereerst op dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had

gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard en wat verweerster op het moment van handelen bekend was en bekend kon zijn. De gevolgen van het handelen dienen daarom buiten beschouwing te blijven.

Ter zitting is gebleken dat de behandeling door verweerster bestond uit massage en oefentherapie. Het CTG is met de deskundige van oordeel dat bij de aandoening OI actieve oefentherapie is geïndiceerd, maar passieve fysiotherapie in de vorm van massage en/of mobilisatie niet. Als al tot passieve therapie wordt overgegaan, hetgeen onder omstandigheden denkbaar is, is grote terughoudendheid geboden, gezien de kans op complicaties. Naar het oordeel van het CTG heeft verweerster deze vereiste mate van terughoudendheid onvoldoende in acht genomen tijdens de behandeling op 17 december 2013 door ook tot mobilisatie over te gaan. Hoewel het college oog heeft voor de omstandigheid dat verweerster een lang lopende behandeling overnam, ontslaat dit haar niet van haar eigen verantwoordelijkheid om het behandelbeleid te evalueren of een eigen behandelbeleid in te zetten. Op basis van voornoemde omstandigheden concludeert het CTG dat verweerster bij de behandeling op 17 december 2013 niet de benodigde zorgvuldigheid in acht heeft genomen. Het eerste klachtonderdeel is gegrond.

Het derde klachtonderdeel hangt hier nauw mee samen. Zoals door het CTG aangegeven, dienen de gevolgen van het handelen buiten beschouwing te blijven. Hieruit volgt dat het derde klachtonderdeel ongegrond is. Ten overvloede wijst het CTG er op dat de enkele omstandigheid dat het eerste klachtonderdeel gegrond is verklaard niet met zich meebrengt dat het CTG daarmee enige uitspraak over mogelijke causaliteit doet.

Het tweede klachtonderdeel betreft de stelling van klaagster dat tijdens de behandeling op 17 december 2013 een collega binnenkwam, waarna verweerster geruime tijd geanimeerd in gesprek was met deze collega. Verweerster heeft ontkend dat zij gedurende de behandeling van klaagster in gesprek is geweest met een collega, of dat zij zich daardoor heeft laten afleiden. Dit brengt mee dat niet kan worden vastgesteld of de stelling van klaagster juist is. Het tweede klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

Het consult van 18 december 2013 is niet in het dossier opgenomen, volgens verweerster omdat anders een declaratie zou volgen. Naar het oordeel van het CTG had verweerster zich hierdoor niet mogen laten weerhouden. Zij had de weergave van het consult op een andere wijze kunnen noteren en toe kunnen voegen aan het dossier. Een dergelijke notitie was van belang voor een goede hulpverlening door verweerster zelf of een eventuele vervanger. Dit

betekent dat sprake is van een schending van de dossierplicht en dat klachtonderdeel vier gegrond is.

In reactie op de vraag van klaagster of zij langs de huisarts moest, stelde verweerster haar gerust en gaf zij aan dat een bezoek aan de huisarts niet nodig was. Tevens meldde zij dat het ongeveer zes weken zou duren voordat de pijn over was. Zij probeerde klaagster hiermee gerust te stellen. Gelet op de diagnose OI had verweerster niet met deze reactie mogen volstaan en klaagster naar haar huisarts moeten verwijzen. Klachtonderdeel vijf is gegrond.

Omdat de klachten deels gegrond zijn, legt het CTG de maatregel van waarschuwing op. Gezien de toetsbare opstelling door verweerster, het door haar ter zitting getoonde inzicht en de geringe overschrijding van de tuchtnorm zou een zwaardere maatregel disproportioneel zijn.

mr. L. van Duyneveldt-Franken

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 24-10-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2017:167

Zaaknummer: 284/2016

Wetsartikelen: 46 Wet BIG

RECHTSPRAAK

Zorgaanbieder/Zilveren kruis

Een zorgverzekeraar hanteert in zijn algemene polisvoorwaarden een cessieverbod. Voorts weigert de zorgverzekeraar een betaalovereenkomst aan te gaan met een niet-gecontracteerde zorgaanbieder, omdat deze zorgaanbieder geen onberispelijke staat van dienst heeft. De rechtbank is van oordeel dat het kenmerk van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder is dat deze in beginsel zijn declaratie aan de patiënt stuurt, die deze declaratie bij de zorgverzekeraar indient. De zorgverzekeraar dient echter ook rekening te houden met de belangen van de zorgaanbieder. De impact van het cessieverbod en het weigeren om een betaalovereenkomst aan te gaan door de zorgverzekeraar dient hierbij te worden beoordeeld. In het onderhavige geval oordeelt de rechtbank dat het hanteren van het cessieverbod door de zorgverzekeraar niet onrechtmatig is jegens de zorgaanbieder en dat de zorgverzekeraar het aangaan van een betaalovereenkomst heeft mogen weigeren.

Feiten

Een zorgaanbieder exploiteert apotheken in Nederland en verleent voornamelijk farmaceutische zorg. Tot 1 januari 2014 had Zilveren Kruis (hierna: 'de zorgverzekeraar') een overeenkomst met de zorgaanbieder voor het verlenen van farmaceutische zorg. Hierna kwalificeert de zorgaanbieder als een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder kan de betaling van de verleende zorg door de zorgverzekeraar op drie manieren plaatsvinden, namelijk via declaratie aan en betaling door de verzekerde, via de zorgaanbieder door middel van cessie of rechtstreeks aan de zorgaanbieder omdat een betaalovereenkomst is gesloten.

De zorgverzekeraar heeft sinds 2014 geen betaalovereenkomst meer met de zorgaanbieder en

met ingang van 1 januari 2015 hanteert de zorgverzekeraar in zijn algemene voorwaarden een cessieverbod. Betaling van de verleende zorg kan dus alleen plaatsvinden via declaratie aan en betaling door de verzekerde. Om deze reden heeft de zorgaanbieder zich in 2017 tot de zorgverzekeraar gewend met het verzoek om zich niet te beroepen op het cessieverbod, althans om een betaalovereenkomst met hem te sluiten. De zorgverzekeraar heeft beide verzoeken geweigerd. De zorgaanbieder heeft vervolgens een procedure aanhangig gemaakt waarin wordt gevorderd primair de zorgverzekeraar te verbieden om een beroep te doen op het cessieverbod en subsidiair de zorgverzekeraar wordt geboden om een betaalovereenkomst aan te bieden aan de zorgaanbieder.

Oordeel

De rechtbank overweegt dat algemeen uitgangspunt is bij het sluiten van contracten dat aan partijen contractsvrijheid toekomt. Ook bij de inkoop van zorg zijn zorgverzekeraars in beginsel vrij om te bepalen met welke zorgaanbieders zij een contract willen sluiten. Het cessieverbod is een beding in een contractuele relatie tussen een zorgverzekeraar en zijn verzekerden. Het staat de zorgverzekeraar in beginsel vrij om een dergelijk beding (art. 3:82 lid 2 BW) op te nemen in zijn algemene voorwaarden. Dit is, zo volgt uit vaste rechtspraak van de Hoge Raad (zie bijvoorbeeld HR 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646), anders indien de belangen van de zorgaanbieder daarmee worden verwaarloosd. Het belang van het cessieverbod dient aldus door de rechtbank te worden afgewogen met het door dat verbod getroffen belang van de zorgaanbieder aan de hand van alle omstandigheden van het geval.

De rechtbank overweegt dat de zorgverzekeraar met het cessieverbod bereikt dat de geldstromen voor zorg die wordt verleend door niet-gecontracteerde zorgaanbieders verlopen zoals in de Zvw is voorzien, met de verzekerde als noodzakelijke tussenschakel. Het effect daarvan is dat de verzekerde zelf ook fungeert als controlemiddel op de rechtmatigheid van de declaratie alvorens hij deze indient. Dat het gevolg van het cessieverbod is dat patiënten overstappen naar een gecontracteerde zorgaanbieder behoort naar het oordeel van de rechtbank tot het ondernemersrisico van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. De rechtbank concludeert dat de zorgverzekeraar een rechtens te respecteren belang heeft bij het hanteren van een cessieverbod.

De zorgaanbieder heeft voorts gesteld dat hij door het cessieverbod wordt getroffen in zijn belangen vanwege de sociale en psychische kwetsbaarheid van zijn patiëntenpopulatie. Volgens de zorgaanbieder worden zijn patiënten overvraagd wanneer zij de afwikkeling van de declaraties zelf ter hand moeten nemen en worden de door de zorgverzekeraar uitbetaalde bedragen vaak niet besteed aan betaling van de rekening van de zorgaanbieder of de apotheek. Door deze gang van zaken ontstaan zo schulden bij de zorgaanbieder en dit heeft op zijn beurt

weer gevolgen voor de gezondheid van de verzekerde. De kwetsbaarheid van de patiëntenpopulatie van een zorgaanbieder kan een reden zijn waarom een cessieverbod onrechtmatig is (zie bijvoorbeeld: Rechtbank Gelderland 28 augustus 2015, ECLI:NL:RBGEL:2015:5489). In de onderhavige zaak is de rechtbank van oordeel dat de zorgaanbieder niet aannemelijk heeft gemaakt dat het cessieverbod een grote impact heeft op de zorgaanbieder, dan wel op zijn bij de zorgverzekeraar verzekerde klanten. De primaire vordering van de zorgaanbieder wordt derhalve afgewezen.

Ten aanzien van de subsidiaire vordering heeft de zorgverzekeraar aangevoerd dat hij niet gehouden is tot het aangaan van betaalovereenkomsten en dat hij hiertoe alleen overgaat wanneer er geen vraagtekens zijn bij de zorgaanbieder in kwestie. Uit de rechtspraak volgt dat het declaratiegedrag van de zorgaanbieder onzorgvuldig is geweest. De rechtbank is van oordeel dat de zorgverzekeraar voldoende heeft onderbouwd dat in de afgelopen jaren sprake is geweest van onzorgvuldig en onrechtmatig declaratiegedrag door de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar heeft daarin, aldus de rechtbank, een redelijke grond mogen zien om de zorgaanbieder een betaalovereenkomst te weigeren. Ook de subsidiaire vordering wordt derhalve afgewezen.

De rechtbank wijst de vorderingen af en veroordeelt de zorgaanbieder in de proceskosten.

mr. B. Wallage

Instantie: Rechtbank Midden-Nederland

Datum uitspraak: 16-10-2017

ECLI: ECLI:NL:RBMNE:2017:5327

Zaaknummer: C/16/447226/KG ZA 17-727

Advocaten: K. Mous en D. van Dijkmans Gunst

Wetsartikelen: 3:82 lid 2 BW, 11 Zvw en 13 Zvw

RECHTSPRAAK

patiënt/azM

Een vrouw wordt 19,5 uur later dan zou hebben gekund geopereerd aan een acute hernia. De rechtbank wijst haar schade voor zeventig procent toe. Het Hof 's-Hertogenbosch wijst haar schade, bestaande uit het verlies van een kans op een beter behandelingsresultaat, af. De Hoge Raad casseert het arrest en verwijst de zaak naar het Hof Arnhem-Leeuwarden. Het hof had – nu de deskundige geen kanspercentage kon noemen maar zijn antwoorden niet uitsluiten dat van het verlies van een reële kans sprake kan zijn geweest – nader moeten onderzoeken of door het delay een reële kans op een betere uitkomst verloren is gegaan, en had – bij bevestigende beantwoording van die vraag – vervolgens tot een zo goed mogelijke schatting van deze kans moeten komen. Daartoe had het hof bijvoorbeeld de deskundige op een zitting nader kunnen bevragen.

Feiten

Op 12 januari 2002 wordt een vrouw door een arts-assistent neurologie op de spoedeisende hulp van het azM onderzocht en met pijnstilling behandeld vanwege een acute hernia. Daarna wordt zij huiswaarts gestuurd. De volgende dag meldt de vrouw zich weer en ditmaal wordt ze geopereerd. Daarbij is een grote subligamentaire gesekwestreerde discusprolaps verwijderd.

Na de operatie heeft de vrouw als restverschijnselen gevoelsstoornissen in het rijbroekgebied waardoor zij geen seksuele sensaties meer ervaart, plasproblemen, met als gevolg terugkerende blaasontstekingen, en het laten gaan van ontlasting.

De vrouw vordert vergoeding van de door haar geleden schade. Aan haar vordering legt zij ten grondslag dat het azM niet tijdig het zogeheten caudasyndroom heeft onderkend en dat jegens haar niet overeenkomstig de professionele standaard is gehandeld. De rechtbank heeft het azM voor zeventig procent aansprakelijk geacht voor de schade van de vrouw. Het hof heeft

aan de hand van drie deskundigenrapporten geoordeeld dat sprake is geweest van een tekortkoming van de arts-assistent neurologie die de vrouw op 12 januari 2002 op de spoedeisende hulp heeft gezien, maar dat er onvoldoende aanwijzingen zijn dat de schade van de vrouw – bestaande uit een kans op een beter behandelingsresultaat – is veroorzaakt door het delay, dat het hof berekent op 19,5 uur. Dat betekent volgens het hof dat het oorzakelijk verband tussen de fout van de arts-assistent en de door de vrouw ondervonden ernstige beperkingen niet is komen vast te staan en het hof wijst de vordering van de vrouw af.

Het cassatiemiddel bestaat uit drie onderdelen. Het eerste onderdeel klaagt erover dat het hof ten onrechte het leerstuk van de proportionele aansprakelijkheid lijkt te hebben toegepast in plaats van het leerstuk van de kansschade en het bovendien onbegrijpelijk is waarom de vaststaande beroepsfout niet kan leiden tot aansprakelijkheid voor de door de vrouw geleden schade. Het tweede onderdeel is gericht tegen het oordeel van het hof dat onvoldoende aannemelijk is dat door de vertraging aan de vrouw een reële kans op een beter behandelingsresultaat is onthouden. Het derde onderdeel bevat geen zelfstandige klacht maar bouwt voort op het tweede onderdeel.

Oordeel

Het eerste onderdeel mist feitelijke grondslag. Anders dan het onderdeel veronderstelt, heeft het hof de zaak beoordeeld vanuit de benadering van de kansschade, maar heeft het niet aannemelijk geacht dat de vrouw als gevolg van het delay dergelijke schade heeft geleden. Het onderdeel kan dus niet tot cassatie leiden.

Het tweede onderdeel slaagt wel. De door het hof ingeschakelde deskundige rapporteert dat nooit vergelijkend onderzoek is verricht of een snelle operatie een beter resultaat geeft dan een wat latere operatie. Omdat dergelijk onderzoek ontbreekt, is onbekend welk verschil een snelle operatie maakt ten opzichte van een latere operatie. De deskundige heeft daarom de grootte van de kansen niet kunnen duiden. Het hof heeft hieraan de conclusie verbonden dat er onvoldoende aanwijzingen zijn dat het delay het verlies van een kans op een beter behandelingsresultaat heeft veroorzaakt. De hiervoor weergegeven opmerkingen van de deskundige kunnen die conclusie echter niet dragen. Uit het feit dat een deskundige een kans niet in een percentage kan uitdrukken omdat naar de grootte van die kans geen onderzoek is gedaan, volgt immers niet dat die kans niet in een rechtens relevante omvang bestaat. Dat klemmt temeer omdat de deskundige opmerkt dat volgens de destijds geldende richtlijn bij voorkeur zo snel mogelijk en dwingend binnen een dag zou moeten worden geopereerd, en dat het zo kan zijn dat tijdens het ontstaan van de hernia acuut dusdanige druk op de zenuwen ontstaat dat deze op dat moment al onherstelbaar beschadigd zijn, maar dat daar tegenover staat dat bij minder ernstige druk langdurige compressie wellicht leidt tot minder

goed herstel. In het licht van het voorgaande is het oordeel van het hof dat er onvoldoende aanwijzingen zijn dat door het delay een kans op een beter behandelresultaat verloren is gegaan, onvoldoende begrijpelijk gemotiveerd. Het onderdeel slaagt daarom, en de Hoge Raad formuleert vervolgens de volgende regel: *het hof had – nu de deskundige geen kanspercentage kon noemen maar zijn antwoorden niet uitsluiten dat van het verlies van een reële kans sprake kan zijn geweest – nader moeten onderzoeken of door het delay een reële kans op een betere uitkomst verloren is gegaan, en had – bij bevestigende beantwoording van die vraag – vervolgens tot een zo goed mogelijke schatting van deze kans moeten komen. Daartoe had het hof bijvoorbeeld de deskundige op een zitting nader kunnen bevragen.*

Onderdeel drie bouwt voort op onderdeel twee en slaagt eveneens.

De Hoge Raad vernietigt het arrest van het Hof 's-Hertogenbosch en verwijst de zaak naar het Hof Arnhem-Leeuwarden ter verdere behandeling en beslissing.

mr. dr. R.P. Wijne

NB Voor een beknopte omschrijving van het verschil tussen de leerstukken van de proportionele aansprakelijkheid en dat van de kansschade, zie de conclusie van advocaat-generaal E.M. Wesseling-van Gent bij dit arrest.

Proportionele aansprakelijkheid: 2.4 t/m 2.6;

Kansschade: 2.7 t/m 2.9;

Kansschade bij medische aansprakelijkheid: 2.10 t/m 2.11.

Instantie: Hoge Raad

Datum uitspraak: 27-10-2017

ECLI: ECLI:NL:HR:2017:2786

Zaaknummer: 16/04340

Rechters: C.A. Streefkerk, G. de Groot, C.E. du Perron, M.J. Kroeze, C.H. Sieburgh en T.H. den Tanja-van Broek

Advocaten: A.H. Vermeulen en J.H.M. van Swaaij

RECHTSPRAAK

patiënt/Zuyderland Medisch Centrum

Een man wordt in het Zuyderland Medisch Centrum geopereerd aan zijn darm. Vervolgens vindt twee dagen later opnieuw een operatie plaats omdat er een naadlekkage was ontstaan. De naadlekkage kan volgens de eenzijdig ingeschakelde deskundige liggen aan het falen van de hechtdraad of aan het verkeerd aanleggen van de draad. Na overwogen te hebben dat in dit geval het rapport van de deskundige kan dienen ter beantwoording van de aansprakelijkheidsvraag, laat de rechtbank in het midden welke oorzaak het precies is geweest: beide oorzaken zijn toe te rekenen aan Zuyderland.

Feiten

Op 5 maart 2012 wordt een man vanwege een tumor geopereerd aan de darmen in het Zuyderland Medisch Centrum. Op 7 maart 2012 wordt hij opnieuw geopereerd omdat er een naadlekkage was ontstaan en er sprake bleek van buikvliesontsteking. Nadien wordt de man nog driemaal geopereerd in verband met de aangelegde stoma, op 2 augustus 2012 voor het laatst. Daarna volgt een revalidatieperiode.

In februari 2013 stelt de man Zuyderland aansprakelijk. Diens verzekeraar Centramed wijst de aansprakelijkheid af. Partijen proberen daarna tevergeefs overeenstemming te krijgen over een gezamenlijke medische expertise ter beantwoording van de aansprakelijkheidsvraag. De man besluit dan tot een eenzijdige expertise bij prof. dr. Bonjer, de chirurg die Centramed had voorgesteld. De deskundige concludeert tot een delay in de diagnostiek na de eerste operatie en tot een chirurgisch technisch falen bij de eerste operatie. Tevens rapporteert hij over de oorzaak van de naadlekkage. Er zijn drie oorzaken mogelijk: falen van de weerhaakjes van de hechtdraad, breuk van de hechtdraad of onvoldoende wegsteken aan het einde van de naad door de opererend chirurg.

De man verzoekt in een deelgeschilprocedure de rechtbank voor recht te verklaren dat Zuyderland aansprakelijk is, en te veroordelen tot vergoeding van de buitengerechtelijke

kosten en de proceskosten.

Oordeel

Na te hebben overwogen dat een aansprakelijkheidsvraag zowel als een geschil over de buitengerechtelijke kosten aan de orde kan worden gesteld in een deelgeschil, beoordeelt de rechtbank of het rapport van deskundige Bonjer als uitgangspunt kan dienen bij de boordeling van de aansprakelijkheid. Dit is volgens de rechtbank het geval. Ook een eenzijdig uitgebracht expertiserapport kan in beginsel tot bewijs dienen. De rechtbank benoemt de zes gezichtspunten waaraan de waarde van een dergelijk rapport wordt getoetst:

- de vraag of de andere partij invloed heeft gehad op de keuze van de deskundige en, zo niet, of de deskundigheid van de opsteller van de partijrapportage door de andere partij in twijfel is getrokken;
- de vraag of de andere partij invloed heeft gehad op de vraagstelling en, zo niet, of de andere partij met de vraagstelling kan instemmen;
- de vraag of de vraagstelling aan de deskundige adequaat was;
- de vraag of de andere partij de gelegenheid heeft gehad om zijn zienswijze (en eventuele vragen en opmerkingen) aan de deskundige kenbaar te maken;
- de vraag of de deskundige heeft kunnen beschikken over alle relevante informatie;
- de vraag of en in hoeverre de andere partij met het rapport van de deskundige kan instemmen.

Het gehele overlegtraject tussen partijen zoals dat in deze casus heeft plaatsgevonden aan deze criteria toetsend, komt de rechtbank tot het oordeel dat acht kan worden geslagen op de inhoud van het rapport ter beantwoording van de vraag of Zuyderland aansprakelijk is.

De rechtbank gaat dan verder met de inhoud van het rapport. Volgens de deskundige zijn er drie oorzaken voor de naadlekkage: falen van de weerhaakjes van de hechtdraad, breuk van de hechtdraad of onvoldoende wegsteken aan het einde van de naad door de opererend chirurg. De rechtbank reduceert dit tot twee categorieën: falen van de draad of falen van de arts. Over de meest waarschijnlijke oorzaak rapporteert Bonjer dat het niet mogelijk is om dat met grote zekerheid aan te geven. Dat kan volgens de rechtbank ook in het midden blijven, omdat beide oorzaken aan Zuyderland toegerekend kunnen worden. Na te hebben overwogen dat de wetgever weliswaar oproept tot terughoudendheid bij het toepassen van artikel 6:77 BW op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, leidt de rechtbank uit de parlementaire

geschiedenis ook af dat het niet de bedoeling van de wetgever is geweest om toerekening van het gebruik van ongeschikte hulpzaken in alle gevallen uit te sluiten waarin zorgvuldigheid ten aanzien van de geschiktheid van de zaak is betracht. Aansluitend toetst de rechtbank aan vijf criteria die volgens de rechtbank uiting geven aan de eventuele gewijzigde maatschappelijke opvattingen zoals genoemd in de parlementaire geschiedenis: in dit geval gaat het om een door de arts of ziekenhuis gekozen hulpmiddel. De man heeft daarop geen enkele invloed gehad. Ongeschiktheid van de draad ligt dan ook meer in de sfeer van Zuyderland. Voorts geldt dat Zuyderland geacht moet worden bekend te zijn met de naam van de producent van de ongeschikte zaak en – beter dan de man – in staat moet worden geacht om de gebruikte zaak te onderzoeken en in de richting van de producent te onderbouwen dat het een gebrekkig product betreft. Ten slotte geldt dat het ziekenhuis zich tegen aansprakelijkheid kan verzekeren en dat in dit geval ook heeft gedaan.

De rechtbank besluit met het oordeel dat uit deze overwegingen volgt dat beide mogelijke oorzaken aan Zuyderland kunnen worden toegerekend. De gevraagde verklaring voor recht wordt toegewezen.

De gevorderde buitengerechtelijke kosten toetst de rechtbank aan de dubbele redelijkheidstoets van artikel 6:96 lid 2 BW. Ook een redelijke verwachting omtrent de omvang van de schade kan dienen als aanknopingspunt bij de beoordeling van de redelijkheid van de omvang van de buitengerechtelijke kosten, zo stelt de rechtbank, en oordeelt dat de kosten van € 14.737,62 de dubbele redelijkheidstoets kunnen doorstaan.

Separaat en tot slot beoordeelt de rechtbank de proceskosten. De rechtbank veroordeelt Zuyderland tot betaling van deze buitengerechtelijke kosten en proceskosten.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Limburg

Datum uitspraak: 17-11-2016

ECLI: ECLI:NL:RBLIM:2016:11635

Zaaknummer: C/03/ 221660/ HA RK 16-119

Advocaten: F.C. Schirmeister en O.L. Nunes

Wetsartikelen: 6:74 BW, 6:75 BW en 6:77 BW

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak gaat het om een klacht tegen een psychotherapeut als hoofdbehandelaar in een behandeltraject voor chronische rugklachten. De klachtonderdelen betreffen het handelen van verweerder als hoofdbehandelaar en de bejegening van klager door verweerder tijdens het intakegesprek. Verweerder heeft onvoldoende de regie gevoerd in de behandeling van klager en is aldus tekortgeschoten in zijn taak als hoofdbehandelaar. De maatregel van berisping wordt opgelegd.

Feiten

Klager heeft zich in januari 2016, na verwijzing door zijn behandelend orthopeed, voor bestrijding van zijn chronische rugklachten aangemeld bij de instelling waar verweerder als psychotherapeut werkzaam is. Klager heeft na zijn aanmelding bij de instelling een intakeprocedure doorlopen. Deze intakeprocedure omvatte onder meer een intakegesprek fysiotherapie en intakegesprekken psychologie. Verweerder is aangewezen als klagers hoofdbehandelaar. Op 9 februari 2016 heeft verweerder met klager een adviesgesprek gevoerd, waarbij zowel verweerder als klager het behandelplan van klager heeft ondertekend. In dat behandelplan staat onder meer: 'De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor het gehele behandeltraject'. Na dit gesprek hebben klager en verweerder elkaar niet meer gezien.

Op 15 februari 2016 heeft klager verweerder een e-mail gestuurd waarin hij vraagt om een andere psycholoog zoals eerder al was besproken. Op 12 juli 2016 heeft klager verweerder een mail gestuurd met verzoek om kopie van de verwijzing behandelaar UMC.

Op 23 augustus 2016 is een eindrapportage over klager opgesteld, ondertekend door verweerder en verzonden naar de afdeling orthopedie van het ziekenhuis waar klager onder behandeling was en naar klagers huisarts. Klager heeft per mail van 29 augustus 2016 aan verweerder gevraagd de rapportage aan te passen omdat deze op diverse punten niet klopte.

Op 21 september 2016 heeft klager verweerder opnieuw een mail gestuurd waarin hij

nogmaals een reactie vraagt. Verweerder heeft op geen van de e-mailberichten van klager gereageerd. Twee tussentijdse evaluaties in de behandeling van klager hebben niet plaatsgevonden.

Klager verwijt verweerder dat hij tekortgeschoten is in zijn taken als hoofdbehandelaar doordat

- (i) hij door klager ingediende klachten tegen behandelaren die onder zijn verantwoordelijkheid vallen niet serieus heeft behandeld;
- (ii) hij belangrijke e-mailberichten van klager niet heeft beantwoord;
- (iii) klager hem na het intakegesprek nooit meer gezien of gesproken heeft;
- (iv) hij het door klager verstrekte medisch dossier niet aan de fysiotherapeut ter beschikking heeft gesteld;
- (v) hij geweigerd heeft de onjuiste en belastende eindrapportage over klager aan te passen;
- (vi) hij de onjuiste eindrapportage over klager zonder klagers toestemming heeft doorgestuurd, klager zijn blokkeringsrecht heeft ontnomen en daarmee klagers privacy heeft geschonden;

Daarnaast verwijt klager dat verweerder intimiderend tegen hem is opgetreden tijdens het intakegesprek.

Verweerder is van mening dat hem met betrekking tot de behandeling van klager geen tuchtrechtelijk verwijt treft, nu hij zeer zorgvuldig is geweest in zijn afwegingen, overleg en contacten met klager en de zorg voor klager. Ten aanzien van de verschillende klachtonderdelen brengt verweerder naar voren dat klager geen onvrede heeft geuit tijdens het eindgesprek op 29 juli 2016 met de fysiotherapeut en de psycholoog. Het beoordelen van het functioneren van de verschillende behandelaren was geen taak voor verweerder als hoofdbehandelaar. Verweerder heeft tijdens klagers behandeling nooit signalen ontvangen over klagers onvrede over de fysiotherapeut.

Verweerder erkent dat hij nooit heeft gereageerd op de e-mails van klager en biedt hiervoor zijn welgemeende excuses aan. E-mails die door klager via het mailsysteem van de instelling aan verweerder verzonden zijn, zijn niet rechtstreeks in de gewone mailbox van verweerder terechtgekomen. Verweerder kreeg in zijn mailbox enkel een melding als via het mailsysteem een bericht binnengekomen was, maar daaruit bleek niet van wie het bericht afkomstig was of waar het over ging. Verweerder heeft niets gedaan met die meldingen en daardoor de mails

van klager niet gelezen.

Rechtstreeks contact tussen de hoofdbehandelaar en de cliënten maakte geen onderdeel uit van de behandelmethode van de instelling. Dit is klager bij de intake door verweerder en later door de andere behandelaren meegedeeld. Verweerder had als hoofdbehandelaar wekelijks multidisciplinair overleg met de behandelaren en werd dan geïnformeerd over het verloop van de behandeling.

Klager is met de inhoud van dat behandelplan akkoord gegaan en heeft niet om wijziging gevraagd. De eindrapportage wordt gedragen door de onderzoeksgegevens en hetgeen de behandelaren hebben opgenomen in het behandeldossier. De rapportage voldoet aan de criteria zoals opgesteld door het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG).

Klager heeft door middel van het toestemmingsformulier schriftelijke toestemming gegeven om informatie te delen met zijn huisarts en de verwijzend arts. Klager heeft daarbij geen beperking aangegeven omtrent de te delen informatie noch heeft hij verzocht informatie vooraf met hem te bespreken alvorens de informatie met derden te bespreken. De privacy van klager is niet geschonden.

Ten aanzien van het intakegesprek meent verweerder dat dit zonder bijzonderheden is verlopen. Verweerder heeft klager uitgelegd dat het voor de kans van slagen van de behandeling door de instelling van belang is dat niet teveel aandacht wordt besteed aan het zoeken naar enkel een somatische verklaring en een aanvullende somatische behandeling (elders), omdat dit vaak de aandacht afleidt van de behandeldoelen bij de instelling. Verweerder betreurt dat klager deze uitleg als bedreigend heeft ervaren.

Oordeel

Bij de beoordeling van het eerste klachtonderdeel gaat het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) uit van hetgeen het CTG heeft overwogen over de vraag wat de taken van een hoofdbehandelaar zijn. Het CTG heeft dienaangaande als volgt overwogen:

'Als uitgangspunt dient te worden genomen 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:

1. 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;

2. 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.'

In het door verweerder ondertekende behandelplan wordt de taak van de hoofdbehandelaar aldus verwoord: *'De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor het gehele behandeltraject'*.

Vervolgens oordeelt het RTG ten aanzien van klachtonderdelen a, b en c dat in het behandeltraject van klager systematisch sprake is geweest van een inadequate wijze van communicatie, hetgeen verweerder als hoofdbehandelaar aan te rekenen is.

Verweerder is zelf op enig moment opgehouden om de binnengekomen e-mailberichten te lezen, verweerder heeft onvoldoende de vinger aan de pols gehouden over het beloop van de behandeling van klager bij de diverse behandelaren. Niet gebleken is dat verweerder de bij de behandeling van klager betrokken zorgverleners voldoende heeft geïnstrueerd dat zij bij

signalen van onvrede direct bij verweerder aan de bel moesten trekken. Verweerder kon niet volstaan met het afwachten of dergelijke signalen tot hem kwamen. Daarnaast had verweerder als hoofdbehandelaar ook eerder moeten constateren dat bij klager geen tussentijdse evaluaties hadden plaatsgevonden en had hij bij de verschillende zorgverleners moeten informeren naar de reden daarvan. Ook op die manier zouden mogelijke knelpunten in het behandeltraject naar voren zijn gekomen.

De hoofdbehandelaar dient voor de patiënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt te vormen, waarbij hij hen voldoende op de hoogte moet houden van het beloop van de behandeling en hun vragen tijdig en adequaat moet beantwoorden. Uitvoering van deze taken kan niet geschieden zonder (enig) rechtstreeks contact met de patiënt, waarbij voor de patiënt ten minste duidelijk moet zijn op welke wijze hij met de hoofdbehandelaar in contact kan treden. Verweerder heeft als professional een zelfstandige verantwoordelijkheid voor de uitvoering van zijn taken als hoofdbehandelaar en kan zich daarbij niet verschuilen achter de organisatie van de instelling. Verweerder heeft onvoldoende de regie gevoerd in de behandeling van klager en is onvoldoende proactief opgetreden richting klager, de betrokken zorgverleners binnen de instelling en de (organisatie van de) instelling zelf. Verweerder is aldus tekortgeschoten in zijn taak als hoofdbehandelaar, zodat het eerste klachtonderdeel grotendeels gegrond is.

Ten aanzien van onderdeel 1d overweegt het RTG dat niet is komen vast te staan dat verweerder hierin steken heeft laten vallen. Ter zitting is gebleken dat dossiers nooit op iemands bureau worden gelegd; klagers dossier lag in het postvak waar alle behandelaren het konden inzien. In zoverre is klachtonderdeel 1d ongegrond.

Ten aanzien van de klachtonderdelen 1e en 1f oordeelt het RTG dat de eindrapportage een eindverslag is, bedoeld als terugkoppeling naar de verwijzend specialist en de huisarts. Daarop is geen blokkeringsrecht van toepassing. Gelet op het door klager aan het begin van de behandeling ondertekende toestemmingsformulier mocht verweerder uitgaan van klagers veronderstelde toestemming om die (gebruikelijke) terugkoppeling te geven met het oog op een goede continuïteit van zorg aan klager. Deze toestemming is echter geen vrijbrief voor een zorgverlener alle verkregen informatie aan de verwijzer en de huisarts te verstrekken. In de eindrapportage is ten onrechte privacygevoelige en irrelevante informatie opgenomen. Ook dit klachtonderdeel is in zoverre gegrond.

Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel betreffende de bejegening heeft verweerder dit gemotiveerd betwist. In gevallen waarin de lezingen van partijen over de feitelijke gang van zaken uiteenlopen en niet kan worden vastgesteld welke van beide lezingen aannemelijk is,

kan een verwijt dat is gebaseerd op de lezing van klager in beginsel niet gegrond worden bevonden. Voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of bepaald nalaten verwijtbaar is, moet eerst worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat. Nu deze ontbreekt, is dit klachtonderdeel ongegrond.

Omdat de klacht deels gegrond is, legt het RTG de maatregel van berisping op. Hiertoe wordt overwogen dat verweerder op meerdere punten tekortgeschoten is in zijn hoedanigheid van hoofdbehandelaar. Zijn communicatie was inadequaar en zijn houding te afwachtend, hetgeen niet passend is bij de rol van regievoerder die verweerder als hoofdbehandelaar had. Daarnaast is verweerder onvoldoende kritisch geweest bij het weergeven van de aard van de informatie in het eindverslag, zowel wat betreft de relevantie van de informatie als de privacygevoeligheid ervan. Daar komt bij dat verweerder naar het oordeel van het RTG onvoldoende blijkt geeft van zelfreflectie en zich in belangrijke mate achter de organisatie van de instelling verschuilt, die in zijn ogen gebrekkig is. Verweerder miskent daarmee dat hij als professional een zelfstandige verantwoordelijkheid voor de uitvoering van zijn taken als hoofdbehandelaar heeft. Deze maatregel zal worden gepubliceerd in de Staatscourant en wordt ter publicatie aangeboden aan het tijdschrift De Psycholoog, het tijdschrift Medisch Contact en Tijdschrift Psychotherapie.

mr. L. van Duyneveldt-Franken

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 23-10-2017

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2017:111

Zaaknummer: 1754a

Wetsartikelen: 46 Wet BIG en 71 Wet BIG