

Nieuwsbrief GZR Updates - Nummer 05, 2018

Nummer 5, 2018

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

Rechtbank

[Rechtbank Midden-Nederland, ECLI:NL:RBMNE:2018:750](#) 23-02-2018

Zorgrecht c.s./Zilveren Kruis

[Rechtbank Zeeland-West-Brabant, ECLI:NL:RBZWB:2018:1338](#) 20-02-2018

X/Y

[Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2018:245](#) 30-01-2018

Forte GGZ/De Friesland

[Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2017:5193](#) 02-05-2017

patiënt/Martini ziekenhuis

Tuchtcolleges

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

[ECLI:NL:TGZRSGR:2018:27](#) 06-03-2018

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZREIN:2018:25](#) 01-03-2018

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZRAMS:2018:23](#) 27-02-2018

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZRAMS:2018:24](#) 27-02-2018

IGJ/huisarts

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGCTG:2018:45](#) 15-02-2018

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2018:46](#) 15-02-2018

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2018:48](#) 15-02-2018

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2018:44](#) 15-02-2018

X/Y

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2018:50](#) 15-02-2018

X/Y

Uitspraken zonder ECLI

[Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg](#) 05-04-2017

X/Y

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

[Geschillencommissie ziekenhuizen](#) 17-05-2017

Klager/Stichting Protestants Christelijk Ziekenhuis Ikazia

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

[Geschillencommissie ziekenhuizen](#) 17-01-2017

Patiënt/Maasstad Ziekenhuis

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

[Geschillencommissie ziekenhuizen](#) 17-05-2017

X/Y

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

Annotatie

[Samenwerking gemeente en huisarts in het kader van jeugdhulpverlening: een must.](#)

E.E. Schaake

RECHTSPRAAK

X/Y

Een patiënt klaagt dat een huisarts (verweester) haar te laat heeft doorverwezen naar een specialist, dat verweester een verkeerde diagnose heeft gesteld en dat zij naderhand het medisch dossier gewijzigd heeft. Het RTG heeft alle klachtonderdelen afgewezen en de klacht ongegrond verklaard.

Feiten

Verweester is tot januari 2012 en vanaf 6 december 2016 huisarts geweest van klaagster. In de tussentijdse periode heeft verweester voor klaagster handelingen verricht, terwijl klaagster bij de opvolgend huisarts was ingeschreven. Vanaf 2008 is klaagster meerdere malen naar het spreekuur van verweester gegaan met hoestklachten. Na een allergieonderzoek en een longfunctietest heeft verweester geconcludeerd *'hoesten op basis van atopische constitutie'* en heeft zij medicatie voorgeschreven. In juni 2009 is klaagster opnieuw bij verweester op spreekuur geweest, voor *'knakken rechter oor'*. In verband met de in 2008 aangetoonde allergie is besloten om een afwachtend beleid te voeren. In 2009 is, omdat klaagster regelmatig contact met honden had, het toen seizoen voor huisstofmijtallergie was en de longfunctietest geen afwijkingen vertoonde, het medicatiebeleid hervat. In september 2011 heeft verweester klaagster verwezen naar een KNO-arts. Deze had geen verklaring voor de hoestproblematiek vanuit het KNO-gebied en achtte verwijzing naar een neuroloog geïndiceerd als de klachten persisteerden. Een tweede KNO-arts vond geen duidelijke KNO-pathologie. Op 2 maart 2012 is klaagster verwezen naar een longarts. De longarts heeft verschillende conclusies en diagnoses gesteld. Nadien hebben nog verschillende verwijzingen plaatsgevonden, waaronder verwijzingen naar reumatologen. Hierbij zijn diagnoses gesteld, die later weer werden verworpen. Op 15 januari 2016 heeft klaagster om verwijzing naar een klinisch immunoloog gevraagd waaraan verweester meteen gehoor heeft gegeven. Klaagster is op 28 januari 2016 op consult geweest bij de immunoloog die, na onderzoek, de diagnose *'sensorineurale doofheid met gewrichtsklachten (in kader van vasculitis type Cogan?)'* heeft gesteld. Klaagster verwijt verweester nu dat zij (i) tot twee keer toe, zowel in april 2011 als in 2016 te laat heeft doorverwezen naar een specialist, (ii) een verkeerde diagnose heeft gesteld, namelijk

somatisatie en (iii) dat er naderhand wijzigingen in het medisch dossier zijn aangebracht.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) heeft alle klachtonderdelen afgewezen en de klacht ongegrond verklaard. Het RTG overweegt ten aanzien van de klachtonderdelen het volgende. Omdat uit het medisch dossier is gebleken dat de klachten na medicatie verminderden, is het is volgens het RTG niet ongebruikelijk om pas na anderhalf jaar te verwijzen naar een specialist. Dat in september 2011 wel voor een verwijzing is gekozen is begrijpelijk omdat bleek dat medicatie tegen de hoestklachten niet meer hielp. Ten aanzien van de doorverwijzing in 2016 overweegt het RTG dat er geen verwijzingstermijn van zes weken, maar van twee weken is vastgesteld. Deze termijn acht het RTG niet ongebruikelijk lang. Het tweede klachtonderdeel, waarin verweerder wordt verweten een verkeerde diagnose te hebben gesteld acht het RTG tevens ongegrond. Op basis van het onderzoek en bij het ontbreken van een alternatief had de diagnose 'somatisatie' gesteld kunnen worden. Op dat moment was na onderzoek namelijk nog niet gebleken dat er fysiek iets mis was. Het derde klachtonderdeel over het aanpassen van de episodelijst verklaart het RTG tevens ongegrond. De handelwijze van verweerder, waarbij de omschrijving van het gezondheidsprobleem wordt gewijzigd als het oordeel over het gezondheidsprobleem in de loop van de tijd verandert, is in overeenstemming is met de NHG richtlijn Adequate Dossiervorming met het Elektronisch Patiënten Dossier (ADEPD). Ten aanzien van de toevoegingen in het kader van de VIM-melding overweegt het RTG dat het zorgvuldiger zou zijn geweest deze toevoegingen ook in het patiëntendossier te vermelden. Hier verbindt het RTG echter geen tuchtrechtelijke consequenties aan.

mr. A. Rube

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 01-03-2018

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2018:25

Zaaknummer: 17143a

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

IGJ/huisarts

Een patiënte komt met hartklachten op consult bij de waarnemer van haar huisarts (hierna: verweerder). Gedurende dit consult heeft verweerder haar borsten onderzocht, een vaginaal toucher gedaan en haar longen onderzocht terwijl zij met ontbloot bovenlichaam voor een passpiegel stond. Dezelfde dag heeft verweerder patiënte opgebeld om te vragen hoe het ging en aangeboden om langs te komen bij haar thuis. De IGJ dient een klacht in, welke op al haar onderdelen gegrond wordt verklaard. Het RTG legt een voorwaardelijke schorsing van één jaar op, met bijzondere voorwaarden.

Feiten

Patiënte wordt in oktober 2015 gezien door een waarnemend huisarts, in verband met hartklachten. Gedurende het consult was ze emotioneel; haar vader leed aan kanker en zij had last van haar hart en was bezorgd. Volgens verweerder had ze daarnaast ‘ribbeltjes’ in haar borsten en steken in haar onderbuik gevoeld. Patiënte ontkent dit te hebben gezegd.

Verweerder heeft de borsten van patiënte onderzocht, een vaginaal toucher gedaan en haar longen onderzocht, terwijl zij met ontbloot bovenlichaam voor een spiegel stond. Het medisch dossier vermeldt dat patiënte steken op haar borst voelde en dat haar hart tekeer ging. Diezelfde dag heeft verweerder haar opgebeld om te vragen hoe het ging en aangeboden om bij haar langs te komen.

De dag na dit consult heeft patiënte hier over verteld aan haar eigen huisarts, die een melding heeft gedaan bij de IGJ.

De klacht van de IGJ ziet ten eerste op het tekortschieten in de medisch-technische zorgverlening door te handelen in strijd met professionele standaarden: de NGH-standaarden Angst, Pelvic inflammatory disease en Diagnostiek van mammacarcinoom. Daarnaast ziet de klacht op gebrekkige dossiervoering en in strijd handelen met informed consent. Het laatste

klachtonderdeel betreft seksueel grensoverschrijdend handelen en onvoldoende professionele distantie.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) oordeelt dat alle klachtonderdelen gegrond zijn en overweegt het volgende.

Verweerder heeft patiënte onvoldoende uitgevraagd over haar hartklachten, de vermeende ribbeltjes in de borsten en de vermeende steken in haar onderbuik. Daarbij komt dat verweerder niet goed heeft duidelijk kunnen maken waarom zijn onderzoek zinvol zou zijn. Vooraf heeft verweerder niet aan patiënte uitgelegd waarom en hoe hij de onderzoeken zou uitvoeren en hij heeft niet haar toestemming gevraagd.

De aantekeningen in het medisch dossier zijn summier en onvolledig, zowel ten aanzien van de anamnese, als ten aanzien van het onderzoek, de differentiaaldiagnose, de werkhypothese en het beleid.

Ten aanzien van de klacht betreffende het seksueel grensoverschrijdend handelen merkt het RTG allereerst op dat niet kan worden vastgesteld of patiënte heeft aangegeven dat zij 'ribbeltjes' in haar borsten voelde en last had van pijn in haar onderbuik. Vervolgens overweegt het RTG dat, zelfs als het woord van verweerder juist zou zijn en patiënte dit inderdaad zou hebben aangegeven, dit nog steeds onvoldoende indicatie zou zijn om over te gaan tot de verrichte onderzoeken. Daarnaast was er onvoldoende reden patiënte na het consult nog telefonisch te benaderen, waarmee er onvoldoende professionele distantie is betracht. Verweerders gedragingen zijn, ook wanneer hij geen seksuele intenties had, aan te merken als seksueel grensoverschrijdend gedrag.

Ten aanzien van de op te leggen maatregel overweegt het RTG dat het handelen van verweerder tijdens en na het consult inadequaaf, onprofessioneel en seksueel overschrijdend was. Dit is tuchtrechtelijk zeer verwijtbaar.

Door zich pas na anderhalf jaar onder supervisie te laten stellen en doordat verweerder, ook tijdens de zitting, niet goed kan uitleggen waarom het consult op deze wijze is uitgevoerd, laat verweerder gebrekkig inzicht en leervermogen zien.

Om herhaling te voorkomen ziet het RTG reden voor oplegging van voorwaardelijke schorsing van één jaar met bijzondere voorwaarden, welke tot doel hebben het inzicht en de kennis van verweerder te vergoten.

Deze bijzondere voorwaarden zijn dat verweerder zich, gedurende ten minste een jaar na de

beslissing, onder supervisie blijft stellen van een supervisor van het NHG en deelneemt aan een training efficiënte consultvoering van het LHV.

mr. J.A. De Clerck

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 27-02-2018

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2018:24

Zaaknummer: 2017/422

Advocaten: R.H. Algera en M.J. de Groot

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

ANNOTATIE

Samenwerking gemeente en huisarts in het kader van jeugdhulpverlening: een must.

E.E. Schaake

1.1 Op 1 mei 2017 heeft de Centrale Raad van Beroep zich voor het eerst uitgesproken over de Jeugdwet die op 1 januari 2015 in werking is getreden.[1] In deze uitspraak ging het om een jeugdige met psychiatrische problemen, die onder de oude wetgeving ondersteuning in de vorm van begeleiding ontving. De gemeente wees, na de inwerkingtreding van de Jeugdwet, het verzoek om verlenging van de begeleiding in de vorm van een persoonsgebonden budget af. De gemeente stelde zich op het standpunt dat de moeder in staat was de begeleiding te geven die nodig was en baseerde zich hierbij op een advies van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG).

1.2 In de uitspraak schetst de Centrale Raad van Beroep een duidelijk kader aan de hand waarvan beoordeeld dient te worden of een jeugdige recht heeft op jeugdhulp. Verder is van belang dat de Centrale Raad van Beroep oordeelt dat als specifieke deskundigheid vereist is voor het onderzoek naar de nodige hulp, een specifiek deskundig oordeel en een advies niet mogen ontbreken. De Centrale Raad van Beroep geeft in deze uitspraak duidelijk de zorgvuldigheidseisen die aan het onderzoek van de gemeente naar de behoefte aan jeugdhulp moeten worden gesteld. Naar het oordeel van de Centrale Raad van Beroep is het advies van het CJG ondeugdelijk wegens gebrek aan duidelijkheid over de problematiek en de benodigde hulp en omdat het niet inzichtelijk op de vereiste expertise berust.

1.3 Ik grijp deze uitspraak aan om in te gaan op de toegang tot jeugdhulp via de huisarts. Een jeugdige of zijn ouder kan op verschillende manieren toegang tot jeugdhulp krijgen. De toegang tot jeugdhulp kan bijvoorbeeld via de gemeente (het wijkteam) of via de (huis)arts verlopen. De wijkteams bepalen de toegang tot jeugdhulp, maar verlenen ook zelf jeugdhulp. Met een verwijzing van de huisarts kan de jeugdige rechtstreeks aankloppen bij de jeugdhulpaanbieder. Naast de toegang tot de jeugdhulp via de gemeente en de verwijzing via de (huis)arts kan een jeugdige ook toegang krijgen tot jeugdhulp als in het kader van kinderschermingsmaatregelen of jeugdreclassering door onder meer de kinderrechter, het

Openbaar Ministerie of de gecertificeerde instelling is bepaald dat jeugdhulp nodig is (art. 3.5 lid 1 Jeugdwet).

1.4 Uit gegevens van het CBS blijkt dat de huisarts in 2015 de verwijzer was voor de helft van alle jeugdhulptrajecten en ook in 2016 werd de meeste jeugdhulp verwezen door de huisarts.[2] De huisarts heeft dus een grote rol bij de toegang tot jeugdhulp.

Hoe verloopt een verwijzing via de huisarts?

2.1 Het ingekochte of gecontracteerde aanbod is in beginsel leidend voor de huisarts en de jeugdhulpaanbieder. Als een jeugdige of zijn ouder na een verwijzing door een huisarts kiest voor een aanbieder zonder contract of subsidierelatie met de gemeente en de gemeente kan soortgelijke hulp leveren via een wel gecontracteerde jeugdhulpaanbieder, dan hoeft de gemeente de jeugdhulp niet te vergoeden.[3]

2.2 Als een huisarts doorverwijst naar jeugdhulp staat – zo is de veronderstelling van de regering – vaak nog niet vast welke specifieke behandelvorm van jeugdhulp een jeugdige precies nodig heeft.[4] In de praktijk geeft de huisarts slechts een verwijzing voor bijvoorbeeld psychiatrische hulp of een andere vorm van jeugdhulp. De jeugdhulpaanbieder waar de jeugdige of zijn ouder met deze verwijzing naartoe gaat, beoordeelt inhoudelijk welke zorg de jeugdige precies nodig heeft en van welke omvang deze zorg dient te zijn. De jeugdhulpaanbieder zal dus de daadwerkelijke inhoud van de voorziening bepalen. Daarbij moet de jeugdhulpaanbieder zich houden aan de afspraken die hij daarover met de gemeente heeft gemaakt in het kader van de contract- of subsidierelatie en is hij gebonden aan de professionele standaarden. De gemeenten kunnen de benodigde jeugdhulp niet weigeren of een verwijzing veranderen als deze in overeenstemming is met de professionele standaard (art. 2.6 lid 1 sub g Jeugdwet jo. art. 7:453 BW). De gemeenten mogen dus niet ‘op de stoel van de arts gaan zitten’.[5] Ook moet de jeugdhulpaanbieder bij het bepalen van de vorm van jeugdhulp en de frequentie zich houden aan de regels die hierover zijn opgenomen in de verordening.[6] De gemeente kan in haar verordening niet alleen aangeven welke vormen van jeugdhulp slechts na een besluit van de gemeente of een verwijzing door de huisarts toegankelijk zijn, maar ook de voorwaarden waaronder deze vormen van ondersteuning, hulp en zorg verkregen kunnen worden (art. 2.9 Jeugdwet).

De regierol van de gemeente

3.1 De gemeenten hebben in het jeugdhulpstelsel een regierol en zijn verantwoordelijk voor het leveren van alle jeugdhulp. De gemeenten moeten integrale hulp leveren aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur. Dit concept beoogt een samenhangende oplossing voor de problemen van één gezin. Dit vraagt om een integrale

beoordeling van die problemen en integrale besluitvorming over de oplossingen. Om de regierol van de gemeenten in het stelsel te borgen is het noodzakelijk dat over de invulling van de verwijzingsmogelijkheid van de huisarts en de voorwaarden die hieraan kunnen worden gesteld afspraken tussen de gemeente en de huisarts worden gemaakt. De gemeente en de huisarts zijn op grond van de Jeugdwet verplicht om dergelijke afspraken te maken (art. 2.7 lid 4 Jeugdwet). De gemeente kan hierdoor niet alleen de kosten beheersen maar ook de regie houden op het gehele hulpverleningsproces dat rondom de jeugdige en zijn ouders plaatsvindt.[7]

Hoe werkt het in de praktijk?

4.1 In de praktijk blijkt dat het in sommige gevallen lastig is om goede afspraken over het doorverwijzen tussen de gemeente en de huisarts te maken. Uit de eerste evaluatie van de Jeugdwet die op 30 januari 2018 verscheen, blijkt dat een deel van de ondervraagde gemeenten geen regie ervaart op de doorverwijzing door de huisarts.[8] Opvallend is dat grote gemeenten aangeven dat het hen vaker lukt om effectief regie te voeren op de verwijzing door (huis)artsen dan kleinere gemeenten.[9]

4.2 Uit verschillende rapporten blijkt dat gemeenten vinden dat de Jeugdwet onvoldoende handvatten biedt voor de rol van de huisarts en dat het rechtstreeks doorverwijzen door de huisarts naar specialistische zorg wordt gezien als bedreiging voor hun bedrijfsvoering.[10] Huisartsen wijzen daarentegen op hun autonome verwijsrecht en de privacy van de patiënt.[11] Ook zijn huisartsen kritisch op bijvoorbeeld de introductie van een zogenoemd perspectiefplan, waarin breed de ondersteuningsbehoeften van het gezin en de beoogde resultaten in kaart moeten worden gebracht voordat door de huisarts kan worden doorverwezen.[12]

4.3 Terug naar de uitspraak van de Centrale Raad van Beroep. De uitspraak leert dat de Centrale Raad van Beroep duidelijke zorgvuldigheidseisen stelt aan het onderzoek dat door de gemeente moet worden verricht naar de behoefte aan jeugdhulp. De wijze waarop door gemeenten invulling moet worden gegeven aan hun regierol wordt hierdoor voor een deel ingevuld. Als onvoldoende wordt samengewerkt tussen de gemeente, het wijkteam, de huisarts en de jeugdhulpaanbieder wordt de regierol van de gemeente uitgehouden. Van regisseur wordt de gemeente dan uitsluitend financier. Voor gemeenten daarom alle aanleiding om met huisartsen duidelijke afspraken te maken over de verwijzingsmogelijkheid en (meer) de samenwerking op te zoeken.

Noten

[1] CRvB 1 mei 2017, ECLI:NL:CRVB:2017:1477, met name r.o. 4.3.1. Dit is tot nu toe (13 maart

2018) de enige belangrijke uitspraak van de CRvB over de Jeugdwet.

[2] *Jeugdzorg voor en na de Jeugdwet, Overzicht van het gebruik van jeugdzorg 2011–2016*, maart 2018, p. 16.

[3] *Kamerstukken II 2012/13*, 33684, 3, p. 149; *Kamerstukken I 2013/14*, 33684, F, p. 64.

[4] Zie bijvoorbeeld *Kamerstukken II 2012/13*, 33684, 3, p. 148 en 149.

[5] *Kamerstukken II*, 33684, 10, p. 13, 55, 89, 96 en 98; *Kamerstukken I 2013/14*, 33684, D, p. 4, 5, 13, 51, 55, 89, 96 en 98; *Kamerstukken I 2013/14*, 33684, F, p. 28 en 32.

[6] Op grond van de Jeugdwet is de gemeente verplicht om een verordening vast te stellen waarin onder andere staat welke voorzieningen de gemeente aan jeugdigen en hun ouders biedt en hoe de toegang tot deze jeugdhulpvoorzieningen is geregeld.

[7] Zie bijvoorbeeld *Kamerstukken II 2012/13*, 33684, 3, p. 126.

[8] *Eerste evaluatie Jeugdwet*, ZonMW (red.). Bijlage bij *Kamerstukken II 2017/18*, 34880, 1. Het betreft een tussenevaluatie. Zie art. 2.12 Jeugdwet en *Kamerstukken II 2015/16*, 31839, 515.

[9] Grote gemeenten (>100.000 inwoners) geven vaker aan (52%) dat het hen lukt om effectief regie te voeren op de verwijzing door (huis)artsen dan kleinere gemeenten (28% [25.000-100.000] en 35% [<25.000]).

[10] *Eerste evaluatie Jeugdwet*, Zon MW (red.), Bijlage bij *Kamerstukken II 2017/18*, 34880, 1, p. 218. Zie onder andere Hospers, S. and Q. van der Zijden (2017), *Lokale inkleuring landelijke beleidsinformatie jeugdhulp – eerste half jaar 2016* en Baracs, M.N., et al. (2016), *De zorg waar ze recht op hebben. Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie*. Deelrapport 3 van 3. Den Haag: De Kinderombudsman.

[11] *De zorg waar ze recht op hebben. Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie*. Deelrapport 3 van 3. Den Haag: De Kinderombudsman, p. 29.

[12] *Het Parool*, 'Amsterdamse huisartsen bezorgd om plannen jeugdzorg', 13 december 2017. 'Artsen in verzet tegen bureaucratische drempel voor doorverwijzen', 15 december 2017 <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/-artsen-in-verzet-tegen-bureaucratische-drempel-voor-doorverwijzen-.htm>.

RECHTSPRAAK

X/Y

Een neurochirurg heeft de diagnose van een goedaardige tumor terecht gesteld. Gelet op de diagnose en uitgaande van de daarbij horende langzame groei van de tumor en de beschikbare operatiecapaciteit is een wachttijd voor een operatie van acht weken niet onaanvaardbaar. Het was de neurochirurg bekend dat bestrijding van de pijn plaatsvond door het pijnteam. Er bestond evenmin aanleiding voor doorverwijzing naar een andere arts of een ander ziekenhuis. De klacht is ongegrond en wordt afgewezen.

Feiten

Klaagsters zijn de dochters van patiënte, geboren in 1943. Patiënte is overleden in 2018. Hun klacht heeft betrekking op de behandeling van hun moeder door verweerder. Patiënte had al een aantal jaren last van zeer ernstige pijnklachten aan en krachtverlies van het linker bovenbeen. Aanvankelijk kon voor deze klachten geen oorzaak worden vastgesteld. In augustus 2016 werd een CT-scan gemaakt en een tumor in het linker bekken aangetroffen die de zenuwen aantast. Vervolgens is met een echogeleide punctie weefsel afgenomen en onderzocht. De patholoog concludeert op grond hiervan dat de tumor een schwannoom (een goedaardig gezwel) is.

De werkgroep neuro-oncologie, waarvan verweerder deel uitmaakt, deelt de diagnose schwannoom en adviseert een MRI met het oog op een mogelijk operatieve verwijdering van het schwannoom. Patiënte wordt naar verweerder verwezen.

In het onderzoek naar aanleiding van de MRI op 31 augustus 2016 wordt onder meer vastgesteld: *'op basis van deze beeldvorming en mede gezien de heterogene signaalintensiteiten kan het onderscheid tussen schwannoma of maligne perifere zenuwschedetumor (MPNST) [kwaadaardige tumor] niet gemaakt worden'*.

Verweerder heeft daarna aan patiënte aangegeven dat de tumor vermoedelijk goedaardig is en

operatief kan worden verwijderd. Hij merkt op dat een kwaadaardige tumor niet kan worden uitgesloten. Patiënte wordt op de operatielijst geplaatst.

Op verzoek van verweerder vindt nader pathologisch onderzoek plaats. In het aanvullend pathologisch verslag staat onder meer: *'Het onderscheid tussen een celrijk schwannoom en laaggradig MPNST kan derhalve niet met zekerheid worden gemaakt'*.

Tijdens een consult op 7 oktober 2016 geeft verweerder aan dat de operatie op 25 oktober 2016 staat gepland. Tijdens het gesprek komt de mogelijkheid ter sprake dat tijdens de operatie toch zou blijken dat sprake is van een niet-goedaardige tumor.

Vervolgens wordt in een overleg van een sarcomenwerkgroep geconcludeerd dat wanneer de tumor toch kwaadaardig zou zijn, een verwijdering daarvan een hoog stervensrisico met zich brengt en een voorbehandeling in de vorm van bestraling en/of chemotherapie bij een radicale resectie wenselijk zou zijn.

Daarna wordt patiënte onderworpen aan een onderzoek met een nieuwe, nog niet gevalideerde techniek. In afwachting van de uitkomsten van dit onderzoek deelt verweerder aan een dochter van patiënte mee dat hij de uitkomsten van dit onderzoek afwacht alvorens de operatie kan plaatsvinden. Het onderzoek leidt tot de bevinding bij verweerder dat naar alle waarschijnlijkheid toch sprake is van een kwaadaardige tumor. Deze conclusie vindt instemming van de werkgroep neuro-oncologie. Besloten wordt dat, nu sprake is van een kwaadaardige tumor, verdere behandeling door oncologisch chirurgen moet plaatsvinden.

In november 2016 wordt bij patiënte een nieuwe MRI gemaakt, die een snelle groei van de tumor laat zien. Hierna heeft verweerder in een consult met patiënte meegedeeld dat hij als neurochirurg geen bijdrage aan verdere behandeling kan geven. De oncologisch chirurgen komen vervolgens tot de conclusie dat operatieve verwijdering van de tumor niet mogelijk is en adviseren een palliatieve behandeling.

Klaagsters verwijten verweerder onder meer dat hij een verkeerde diagnose heeft gesteld en te lang heeft gewacht met het opereren van hun moeder alsook daarbij onvoldoende aandacht heeft besteed aan de ondraaglijke pijnen waaraan hun moeder leed. Verweerder heeft de klacht bestreden.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Den Haag (RTG) stelt voorop dat bij patiënte sprake was van een tumor op een niet gebruikelijke en ook moeilijk bereikbare plek in het bekken. Het RTG is van oordeel dat verweerder de diagnose dat sprake was van een

goedaardige tumor terecht heeft gesteld.

Volgens het RTG heeft verweerder vervolgens overeenkomstig deze diagnose gehandeld. Hij heeft patiënte in september 2016 voorlopig op de operatielijst geplaatst, mede vanwege het ingrijpende en ingewikkelde karakter van de operatie nader overleg gevoerd ter voorbereiding van de operatie, andere specialismen geconsulteerd en de operatiedatum op een datum in oktober 2016 vastgesteld. Hoewel het, gelet op de ernstige pijnklachten van patiënte, volgens het RTG begrijpelijk is dat patiënte een operatie op een eerdere datum wilde, bestond daartoe naar het oordeel van het RTG geen medische noodzaak. Gelet op de diagnose schwannoom en uitgaande van de daarbij horende langzame groei van de tumor en de beschikbare operatiecapaciteit is een wachttijd voor een operatie van acht weken, hoe vervelend voor de patiënt ook, niet onaanvaardbaar. Er bestond ook onvoldoende reden om de wachttijd voor patiënte in verband met haar ernstige pijnklachten in te korten en evenmin bestond aanleiding voor verweerder om patiënte naar een andere arts of een ander ziekenhuis te verwijzen, aldus het RTG.

Het RTG wijst de klacht in alle onderdelen af.

mr. M.F. Mooibroek

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 06-03-2018

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2018:27

Zaaknummer: 2017-214

Advocaten: A.M. den Hertog-de Visser

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Indien na het verlenen van een nieuwe machtiging tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de Wet Bopz komt vast te staan dat de daaraan voorafgaande machtiging een gebrek had, heeft dit geen consequenties voor de nieuwe machtiging. Elke machtiging is een zelfstandige maatregel. Aangezien de betrokkene op dit moment is opgenomen op grond van een rechtmatige (nieuwe) machtiging tot voortgezet verblijf, is er geen belang meer om een beslissing te nemen op de gecasseerde voorlopige machtiging. Er vindt terugverwijzing plaats na vernietiging van de voorlopige machtiging door de Hoge Raad. De officier van justitie wordt door de Rechtbank Zeeland-West-Brabant niet-ontvankelijk verklaard.

Feiten

De betrokkene verbleef sinds 26 juni 2017 op basis van een voorlopige machtiging in een psychiatrisch ziekenhuis. Thans verblijft de betrokkene krachtens een machtiging tot voortgezet verblijf van 17 januari 2018 in een psychiatrisch ziekenhuis. Op 2 februari 2018 heeft de Hoge Raad de beschikking van 26 juni 2017 vernietigd en terugverwezen naar de rechtbank. De Rechtbank Zeeland-West Brabant dient hier dus opnieuw een beslissing over te nemen. Ter zitting komt ter sprake of en zo ja welke invloed de aanwezigheid van de huidige machtiging tot voortgezet verblijf thans heeft op het verzoek tot voorlopige machtiging van 2 mei 2017 (wat leidde tot het besluit van 26 juni 2017).

De advocaat van de betrokkene voert aan dat, nu de Hoge Raad tot de conclusie is gekomen dat de voorlopige machtiging van 26 juni 2017 onrechtmatig was, dit gebrek ook doorwerkt in de (huidige) machtiging tot voortgezet verblijf, waardoor deze machtiging ook onrechtmatig is.

Oordeel

De rechtbank overweegt dat de rechtmatigheid van een lopende machtiging niet kan worden aangetast door een gebrek in de voorafgaande machtiging. Een machtiging bouwt immers niet voort op de voorafgaande machtiging. Iedere machtiging is een zelfstandige maatregel.

Dit zorgt er in casu tevens voor dat de officier van justitie niet-ontvankelijk is, omdat de machtiging tot voortgezet verblijf (van 17 januari 2018) van kracht is. Er is daarom geen belang meer bij een beslissing op het verzoek tot een voorlopige machtiging van 2 mei 2017.

mr. M.T. Schagen

Instantie: Rechtbank Zeeland-West-Brabant

Datum uitspraak: 20-02-2018

ECLI: ECLI:NL:RBZWB:2018:1338

Zaaknummer: C/02/341106 / FA RK 18/634

Advocaten: R.T.K. Davidse

Wetsartikelen: 2 Wet Bopz en 15 Wet Bopz

RECHTSPRAAK

patiënt/Martini ziekenhuis

In dit deelgeschil stelt een man het Martini ziekenhuis aansprakelijk omdat hij, daags nadat hij een knieprothese heeft gekregen, in de sanitaire ruimte van de verpleegafdeling buiten bewustzijn raakt en ten val komt. Een dwarslaesie is het gevolg. Partijen verschillen van mening over de omstandigheden waaronder de val heeft plaatsgevonden, over de medische gesteldheid van de man en over de toepasselijkheid van het valpreventieprotocol. Nadere bewijslevering is daarom nodig. De rechtbank acht met een beroep op de wetsgeschiedenis de daarmee gepaard gaande tijd en kosten niet opwegen tegen de verwachting dat een minnelijke regeling tot stand komt. De rechtbank wijst het verzoek af op grond van artikel 1019z Rv.

Feiten

Een man, geboren in 1956, krijgt op 12 februari 2016 een knieprothese. De operatie, die 's ochtends plaatsvindt, verloopt zonder complicaties en nog dezelfde middag wordt met mobiliseren door een fysiotherapeut begonnen. De man loopt die dag met behulp van een looprek en elleboogkrukken en onder begeleiding tweemaal naar en van het toilet en dat gaat goed. De volgende ochtend herhaalt dit zich. De begeleidend verpleegkundige laat de man alleen in de sanitaire ruimte. Na gebruik van het toilet buigt de man zich voorover om zijn boxershorts langs de wondrain te trekken. Hij wordt duizelig, bevochtigt zijn gezicht en trekt aan het noodkoord, waardoor de alarmbel afgaat. De betreffende verpleegkundige komt ruim vijf minuten later ter plaatse en treft de man buiten bewustzijn en gevallen aan.

De val heeft ernstige gevolgen: bij de man wordt een incomplete hoge dwarslaesie gediagnosticeerd. Als toevallsbevinding wordt een pre-existente kanaalstenose in de nek geconstateerd. De man is van zijn voeten tot zijn schouders verlamd. Het revalidatietraject levert geen relevante verbetering op.

Een onderzoekscommissie van het ziekenhuis stelt onderzoek in naar het valincident. Hiertoe horen zij ook de man. In hun rapport concluderen zij onder andere dat de beleving van het voorval door de patiënt verschilt met die van de verpleegkundige en dat zij geen definitieve conclusies hebben kunnen trekken omtrent de toedracht.

Zowel de man als het ziekenhuis schakelt de Inspectie voor de Gezondheidszorg in. Die treft in de klacht van de man geen nieuwe informatie aan ten behoeve van haar toezichthoudende taak en sluit het incident als voldoende onderzocht af.

De man stelt het ziekenhuis aansprakelijk; de verzekeraar van het ziekenhuis, Medirisk, wijst de aansprakelijkheid af.

De begeleidend fysiotherapeut en de desbetreffende verpleegkundige stellen op verzoek van het ziekenhuis een schriftelijke verklaring op.

De man verzoekt de rechtbank om een verklaring voor recht dat het Martini ziekenhuis onzorgvuldig jegens hem heeft gehandeld en dat het ziekenhuis aansprakelijk is voor zijn schade. Hij grondt zijn verzoek op onrechtmatig handelen door het ziekenhuis. Bij hem was sprake van een sterk verhoogd risico op vallen, en zijn scores van het lichamelijk onderzoek van de ochtend van het vallen hebben dat risico nog verhoogd. De verpleegkundige had de man niet alleen mogen laten. Het had op de weg van een redelijk bekwaam en redelijk handelend verpleegkundige gelegen de man eerst naar het toilet te begeleiden, hem vervolgens op een kruk of stoel nabij de wastafel te plaatsen en toezicht te houden op zijn handelingen. Tevens heeft het ziekenhuis niet conform de Richtlijn valpreventie MZH gehandeld. De val had kunnen worden voorkomen als de verpleegkundige in de nabijheid van de man was gebleven.

Subsidiar voert de man aan dat, ook als de lezing van ziekenhuis zou worden gevolgd, er aan de hand van de Kelderluikcriteria nog steeds tot onzorgvuldig handelen moet worden geconcludeerd, omdat zijn veiligheid, gezien zijn kwetsbare positie, op onvoldoende wijze door de afspraken/instructie was gewaarborgd.

Het ziekenhuis voert uitgebreid gemotiveerd verweer.

Oordeel

Als eerste onderzoekt de rechtbank of het verzoek van de man zich leent voor behandeling in een deelgeschilprocedure. Omdat de aansprakelijkheidsvraag komt vóór alle andere vragen die partijen verdeeld houden en nog verdeeld zouden kunnen houden, is de rechtbank van oordeel dat het verzoek kan bijdragen aan de totstandkoming van een

vaststellingsovereenkomst.

Echter, zo vervolgt de rechtbank, een deelgeschil, waarvan te verwachten is dat de beantwoording daarvan kostbaar is en veel tijd in beslag zal nemen, bijvoorbeeld omdat uitvoerige bewijsvoering en deskundigenberichten nodig zullen zijn, zal zich minder snel lenen voor een deelgeschilprocedure (MvT, *Kamerstukken II 2007/08*, 31518, 3, p. 10).

De rechtbank stelt vast dat partijen sterk verdeeld zijn over onder meer de voor de beoordeling van de aansprakelijkheid van belang zijnde omstandigheden waaronder de val in de sanitaire ruimte heeft plaatsgevonden, over de medische gesteldheid van de man kort voor het ongeval en over de vraag of ziekenhuis het protocol (de Richtlijn valpreventie) in acht had dienen te nemen/heeft genomen.

Als partij die zich beroept op de rechtsgevolgen van de door hem gestelde feiten en omstandigheden draagt de man – in het licht van het gemotiveerde verweer door het ziekenhuis – de bewijslast van die feiten. De rechtbank acht geen bijzondere omstandigheden gegeven om van dat uitgangspunt af te wijken. De rechtbank constateert dat de gemotiveerd betwiste verklaring van de man en de inhoud van het gespreksverslag van de onderzoekscommissie van 1 april 2016 beperkte bewijskracht hebben, nu het in beide gevallen een eigen opgave van de man betreft omtrent de feiten en omstandigheden rondom de val.

De rechtbank kan thans niet de lezing van de man als vaststaand aannemen. Evenmin kan, op basis van hetgeen nu bekend is, worden aangenomen dat de fysieke gesteldheid van de man zodanig was dat de verpleegkundige hem hoe dan ook (dus ongeacht of er afspraken waren gemaakt/instructies waren gegeven over de toiletgang) niet alleen in de sanitaire ruimte had mogen achterlaten. Wil de rechtbank de door de man verzochte verklaring voor recht kunnen uitspreken, dan is zowel voor de beoordeling van de primaire als voor de subsidiaire grondslag nadere bewijslevering onvermijdelijk.

Uit de parlementaire geschiedenis van de deelgeschilprocedure volgt dat deze rechtsgang slechts beperkte ruimte biedt om feiten te onderzoeken; de rechter in een deelgeschil moet afwegen of de investering (hier: in het faciliteren van bewijslevering door partijen) wordt gerechtvaardigd door de verwachting dat een minnelijke regeling tot stand komt. Op grond van de door beide partijen overlegde stukken kan de rechtbank op dit moment onvoldoende de feiten die van belang zijn voor het beantwoorden van de aansprakelijkheidsvraag vaststellen. De nadere bewijslevering zal gelet op het aantal punten dat tussen partijen in discussie is naar het zich laat aanzien niet beperkt blijven tot het horen van een enkele getuige. Van een snelle beantwoording van de aansprakelijkheidsvraag zal dan ook geen sprake kunnen zijn. De rechtbank is op grond daarvan van oordeel dat de bijdrage van de

verzochte beslissing aan de totstandkoming van een vaststellingsovereenkomst niet opweegt tegen de kosten en het tijdsverloop van deze deelgeschilprocedure. Het verzoek wordt daarom op grond van het bepaalde in artikel 1019z Rv afgewezen.

Op grond van artikel 1019aa Rv begroot de rechtbank wel nog de kosten van de procedure. De tijdbesteding wordt gematigd van 34 naar 24 uur. Het uurtarief van € 245, evenals de kantoorkosten van zeven procent worden niet onredelijk geacht.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Noord-Nederland

Datum uitspraak: 02-05-2017

ECLI: ECLI:NL:RBNNE:2017:5193

Zaaknummer: C/18/171987 / HA RK 16-314

Rechters: L.T. de Jonge, S.B. van Baalen en J. Wichers

Advocaten: L.H. Poortman-de Boer en M.F. Hulsebosch

Wetsartikelen: 1019w Rv

RECHTSPRAAK

Zorgrecht c.s./Zilveren Kruis

Zilveren Kruis hanteert per 2018 een machtigingsvereiste en cessieverbod voor niet-gecontracteerde thuiszorgaanbieders. Die aanbieders vinden dat zij daarmee in hun belangen worden geschaad, omdat een en ander leidt tot niet-betaling van geleverde zorg en algemene incassoproblemen vanwege de sociaaleconomische aard van hun patiëntenpopulatie. De voorzieningenrechter oordeelt dat Zilveren Kruis onvoldoende heeft onderbouwd dat zijn belangen bij hantering van het machtigingsvereiste en cessieverbod zwaarder zouden wegen dan voornoemde belangenbenadeling van eisers. De voorzieningenrechter oordeelt dat Zilveren Kruis het machtigingsvereiste en cessieverbod niet mag hanteren.

Feiten

Eisers zijn een groot aantal zelfstandige thuiszorgaanbieders en Stichting Zorgrecht. Zij behartigen de belangen van zzp'ers in de zorg. Alle zelfstandigen kwalificeren als niet-gecontracteerde zorgaanbieders voor Zilveren Kruis-verzekerden.

Zilveren Kruis is op grond van artikel 13 Zorgverzekeringswet verplicht een vergoeding voor de door eisers geleverde zorg uit te keren aan verzekerden die zorg van hen afnemen. Die vergoeding mag niet zo laag zijn dat daarmee voor de verzekerde een feitelijke hinderpaal wordt opgeworpen om de zorg af te nemen van de niet-gecontracteerde aanbieder (het 'hinderpaalcriterium').

Zilveren Kruis heeft in zijn polisvoorwaarden 2018 opgenomen dat voor vergoeding van niet-gecontracteerde thuiszorg vooraf toestemming nodig is van Zilveren Kruis (het 'machtigingsvereiste'). Ook is in de polisvoorwaarden opgenomen dat een vordering van een verzekerde op Zilveren Kruis uit hoofde van door die verzekerde afgenomen niet-gecontracteerde thuiszorg, niet kan worden gecedeerd (het 'cessieverbod').

Eisers hebben tegen het machtigingsvereiste en cessieverbod bezwaren geuit bij Zilveren Kruis. Zilveren Kruis heeft geantwoord aan beide vast te houden, waarop eisers Zilveren Kruis in rechte hebben betrokken. Zij vorderen Zilveren Kruis te verbieden het machtigingsvereiste en cessieverbod te hanteren.

Oordeel

De voorzieningenrechter stelt voorop dat moet worden beoordeeld of Zilveren Kruis bij de invoering van het machtigingsvereiste en cessieverbod rekening had moeten houden met de belangen van de niet-gecontracteerde thuiszorgaanbieders.

Eisers leggen aan hun vordering ten grondslag dat de zorgverlening vaak al is gestart voordat een machtiging is verleend, bijvoorbeeld bij terminale patiënten. Die zorg wordt dan niet vergoed. Ook worden zij door het cessieverbod geconfronteerd met incassoproblemen omdat hun patiënten eerst zelf de kosten aan de thuiszorgaanbieders moeten betalen, terwijl die patiënten vaak sociaal en psychisch kwetsbare personen zijn met een laag inkomen en vaak een negatief banksaldo of schulden hebben. Omdat Zilveren Kruis deze stellingen niet heeft weersproken, oordeelt de voorzieningenrechter dat deze belangenbenadeling vaststaat.

Zilveren Kruis stelt hiertegenover zijn belang bij het voorkomen van rechtstreekse declaratie vanwege (i) buitensporig hoge kosten die door niet-gecontracteerde thuiszorgaanbieders zouden worden gedeclareerd en (ii) het hoge aantal fraudegevallen dat zich bij deze groep voordoet. De voorzieningenrechter oordeelt dat Zilveren Kruis een en ander onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt, met name nu alle door hem in het geding gebrachte cijfers/memo's door hemzelf of in zijn opdracht van zijn opgesteld. De voorzieningenrechter oordeelt verder dat Zilveren Kruis onvoldoende heeft onderbouwd dat hij belang zou hebben bij het cessieverbod om zo de betrokkenheid van de verzekerde bij de te declareren thuiszorg te vergroten en daarmee een betere controle op die declaraties te bewerkstelligen. Hetzelfde geldt voor het door Zilveren Kruis gestelde belang bij demping van zijn administratieve lasten.

De voorzieningenrechter passeert verder de door Zilveren Kruis gevoerde verweren tegen de stellingen van eisers dat Zilveren Kruis de belangen van zijn verzekerden benadeelt door de administratieve lasten te verhogen, en dat het Zilveren Kruis niet te doen zou zijn om het uit de markt drukken van niet-gecontracteerde zorgaanbieders.

Al het voorgaande leidt de voorzieningenrechter tot de slotsom dat Zilveren Kruis onvoldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij een zodanig zwaarwegend belang heeft bij de invoering van het machtigingsvereiste en cessieverbod, in die zin dat hij aan de daardoor benadeelde belangen van eisers voorbij mocht gaan.

De voorzieningenrechter wijst het gevorderde toe.

mr. B.A. van Schelven

Instantie: Rechtbank Midden-Nederland

Datum uitspraak: 23-02-2018

ECLI: ECLI:NL:RBMNE:2018:750

Zaaknummer: C/16/453224 / KG ZA 18-20

Advocaten: M. Goedhart, T.R.M. van Helmond en S.C. Bezemer

Wetsartikelen: 14 Zvw en 3:38 lid 2 BW

RECHTSPRAAK

X/Y

Klagers verwijten een kinderarts dat deze ten onrechte een melding heeft gedaan bij Veilig Thuis met betrekking tot klagers zoontje. Deze melding is, aldus klagers, gebaseerd op onzorgvuldig dossierbeheer. Voorts is het Protocol Kindermishandeling niet gevolgd en is door de kinderarts in het kader van het onderzoek naar de kindermishandeling geen optimale zorg toegepast. Bovendien heeft de kinderarts het medisch beroepsgeheim geschonden. Klagers hebben onrechtmatig bewijs verkregen. De klachten zijn ongegrond.

Feiten

Een baby is in december 2016 opgenomen vanwege onvoldoende gewichtstoename. Verweerster, kinderarts, heeft toen onderzocht of de differentiaal diagnose *Pediatric Condition Falsification (PCF)* kon worden uitgesloten. Deze vorm van kindermishandeling is ook wel bekend onder de naam Münchhausen by proxy-syndroom (hierna: MPS). Voor het bestaan van PCF zijn toentertijd geen aanwijzingen gevonden waarna deze mogelijkheid in januari, februari 2017 werd verworpen.

In maart 2017 is, bij een nieuwe opname van de baby, in dat verband door verweerster in het medisch dossier vermeld dat er *'in het geheel geen verdenking MPS meer was'*.

In mei 2017 is de baby opnieuw opgenomen vanwege het achterblijven in de groei en omdat er sprake was van een verminderd bewustzijn. Tijdens deze opname zijn verschillende moeilijk tot niet te verklaren complicaties opgetreden, waardoor opnieuw werd gedacht aan PCF.

Hierna is de baby opgenomen op de intensive care vanwege zijn progressief levensbedreigend septisch ziek worden. Onder gerichte antibiotica werd gekozen voor een sigmoidoscopie en een exploratieve laparotomie om een mogelijke infectiehaard vanuit een ontstoken sigmoid aan te tonen en te behandelen dan wel uit te sluiten.

De situatie van de baby werd ook tijdens het multidisciplinair overleg (hierna: MDO), waarbij

ook verweerster aanwezig was, besproken. Het verslag van het MDO vermeldt onder andere: *'Eerder is al [...] aan de diagnose PCF gedacht. [...] De diagnose PCF is [...] verworpen; opgemerkt wordt dat een separatietest niet is uitgevoerd en de diagnose dus niet 100% te verwerpen is. [...] Nu is eigenlijk een heel nieuw probleem dat we echt niet begrijpen: terugkerende lijnproblemen. De Hickman is gebroken geweest, waarvoor vervanging plaats heeft gevonden, de lijn is eerder in bed los aangetroffen en er zijn lijninfecties geweest, waarvan de laatste dus met zeer heftig beloop van sepsis. Dit zijn in korte tijd veel complicaties met een ongebruikelijk beloop met langdurig koorts onder antibiotica. Dit snappen we niet. In het totaalbeeld zijn er nu teveel losse eindjes. Daarnaast zijn er opnieuw vanuit de verpleging zorgen geuit over het psychosociaal gedeelte. Hiermee hebben we zeker geen concrete verdenking, maar willen we wel overleg met Veilig Thuis (in 1e instantie geen melding maar eerst overleg voor advies).'*

Na het MDO is het voornemen om advies aan Veilig Thuis te vragen met de ouders van de baby (hierna: klagers) besproken. Vervolgens heeft verweerster telefonisch contact opgenomen met Veilig Thuis. Hierna besloot verweerster om toch een melding te doen, hetgeen zij met de ouders besprak. In de melding was als reden onder meer opgenomen:

'Medisch volgt nog een ECHO cor en dagelijks kweken maar er moet altijd ook aan andere oorzaken denken als we het beloop niet begrijpen. Dit houdt in dat we externe instantie namelijk veilig thuis om advies moeten vragen als we ongebruikelijk beloop hebben. Ouders zeer teleurgesteld dat er dan weer naar hen wordt gekeken, en idem als in februari 2017. Zij voelen hele PCF traject toen als een ernstige vertrouwensbreuk die hersteld leek te zijn en nu weer een klap in hun gezicht. [...]

Veilig Thuis heeft de melding in behandeling genomen en vroeg in juni 2017 aanvullende informatie aan verweerster. Verweerster heeft hierop de voorgeschiedenis alsook polibrieven naar Veilig Thuis gestuurd. Later die dag heeft Veilig Thuis een gesprek met klagers gevoerd en vervolgens zijn er veiligheidsmaatregelen opgelegd.

Later in juni 2017 hebben gesprekken tussen onder meer klagers, hun advocaat en Veilig Thuis plaatsgevonden, alsook tussen Veilig Thuis en de artsen die bij de behandeling van de baby betrokken waren. Veilig Thuis en de artsen waren het erover eens dat een veiligheidsplan met 24/7 toezicht op de baby voorlopig geïndiceerd was.

In juni 2017 hebben klagers in een gesprek met verweerster aangegeven dat zij, als het veiligheidsplan zou worden voortgezet, daaraan vanaf 30 juni 2017 niet meer vrijwillig zouden meewerken. Ook is aangegeven dat klagers niet vrijwillig zouden meewerken aan het onderzoek van Veilig Thuis. Vervolgens zijn in het gesprek nieuwe afspraken gemaakt over de wijze waarop klagers' zoon zou worden geobserveerd op de afdeling waar een videobox was

en waar voorzien kon worden in de continuïteit van de intensieve zorg.

In juli 2017 is de baby teruggeplaatst naar de afdeling en werden de toezichtsmaatregelen en de extra veiligheidsmaatregelen gestopt omdat tijdens de drie weken toezicht de klinische toestand van klagers' zoon niet was veranderd. Verweerster heeft klagers gebeld om te vertellen dat zij de (tijdens de opname op de afdeling M) gemaakte videobeelden had bekeken en geen bijzonderheden had waargenomen die zouden kunnen wijzen op PCF.

Klagers verwijten verweerster onder meer dat zij ten onrechte een melding heeft gemaakt bij Veilig Thuis, nu deze melding is geschied op basis van onzorgvuldig dossierbeheer en zij de KNMG-meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld niet heeft gevolgd. Ook zou verweerster het medisch beroepsgeheim hebben geschonden nu zij Veilig Thuis van meer informatie heeft voorzien dan waar deze aanspraak op zou kunnen maken en dit niet vooraf met klagers heeft besproken of toestemming hiervoor heeft verkregen. Verweerster heeft de klachten bestreden.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Amsterdam (RTG) constateert eerst dat door klagers van verschillende gesprekken heimelijk geluidsopnames zijn gemaakt. Van die gesprekken hebben zij transcripties gemaakt en zowel de geluidsopnames als de transcripties zijn door hen als productie aan het RTG overgelegd. Dit betreffen zowel gesprekken waar klagers zelf aan deelnamen als een gesprek waar zij niet bij aanwezig waren.

Het RTG overweegt dat het als bewijsmiddel in het geding brengen van de geluidsopnames en de transcripties van de gesprekken waar klagers bij waren en het gebruik daarvan door het RTG als bewijsmiddel, niet zonder meer onrechtmatig is. Uitsluiting van dat bewijs is slechts gerechtvaardigd indien er sprake is van bijkomende omstandigheden maar naar het oordeel van het RTG is van dergelijke bijkomende omstandigheden in dit geval geen sprake.

Het RTG meent dat dit voor de overgelegde heimelijk gemaakte geluidsopname van een gesprek waaraan klagers niet deelnamen en de transcriptie daarvan anders ligt. Dat gesprek betrof een overleg over patiënten waaronder, maar niet uitsluitend, de zoon van klagers. Klagers waren door de gesprekspartners verzocht de gespreksruimte te verlaten zodat vertrouwelijk overleg kon plaatsvinden. Het vervolgens, al dan niet, per ongeluk opnemen en later afluisteren van dat gesprek is een flagrante schending van de privacy van de betrokken artsen. Het (later) niet alsnog vernietigen van de gemaakte opname, zoals na ontdekking wel was afgesproken met verweerster, en het vervolgens delen van de transcriptie hiervan met derden, waaronder de media, is volgens het RTG mogelijk zelfs strafbaar op grond van artikel 139a van het Wetboek van Strafrecht. Het RTG vindt het bovendien extra kwalijk dat bij de

uitwerking en overlegging van de transcriptie de naam van verweerster consequent is verwisseld met de naam van een andere gespreksdeelnemer, waardoor bij het RTG een onjuist beeld zou kunnen worden geschetst van de inhoud van dat gesprek en de bijdrage van verweerster daaraan. Deze geluidsopnamen neemt het RTG daarom niet mee in zijn beoordeling.

Het RTG verklaart de klacht vervolgens in alle onderdelen ongegrond. Verweerster heeft zich in de ogen van het RTG gehouden aan de KNMG-meldcode en het daarbij behorende stappenplan. Het behoort tot de professionele verantwoordelijkheid van de beroepsbeoefenaar om in te schatten of een melding bij Veilig Thuis noodzakelijk is om een kind dat mogelijk gevaar loopt of ernstig in zijn ontwikkeling wordt bedreigd te beschermen. Uit de overgelegde stukken en hetgeen ter terechtzitting is besproken volgt dat de baby uitgebreid is onderzocht met onder andere het doel de differentiaal diagnose PCF te verwerpen. Er is door verweerster steeds gezocht naar een verklaring voor de *failure to thrive* en de optredende complicaties tijdens de opname(s). Ook heeft verweerster niet enkel op eigen kompas gevaren maar op verschillende momenten collega's ingeschakeld of met hen overlegd. Verweerster heeft Veilig Thuis eerst geraadpleegd voordat zij daadwerkelijk een melding deed. Verweerster is zowel over het raadplegen als over het melden aan Veilig Thuis in gesprek gegaan met klagers. Door te handelen zoals zij heeft gedaan heeft verweerster volgens het RTG gehandeld overeenkomstig de meldcode. Verweerster is eerst na uitgebreid onderzoek, waarbij herhaaldelijk overleg is gevoerd met haar collega's en waarbij zij twee collega's uit andere ziekenhuizen heeft geraadpleegd, tot de opvatting gekomen dat de ernstige klachten van de baby niet konden worden verklaard en dat PCF niet kon worden uitgesloten. Naar het oordeel van het RTG heeft verweerster in de zeer lastige situatie waarin zij zichzelf bevond, uitermate zorgvuldig en correct gehandeld.

Ten aanzien van het schenden van het beroepsgeheim heeft verweerster erkend dat ze per abuis de medische verklaring voor de (annulerings)verzekeraar heeft meegestuurd naar Veilig Thuis. Zij heeft hiervoor haar excuus aangeboden. Het RTG is van oordeel dat deze ommissie verweerster niet tuchtrechtelijke valt te verwijten. Het gaat hier om een slordigheid waarbij het beroepsgeheim in geringe mate is geschonden. De gevolgen voor klagers zijn zeer gering. De verklaring bevat immers informatie die ook in de overgelegde stukken aan Veilig Thuis staan.

Het verwijt van klagers aan verweerster dat zij inbreuk heeft gemaakt op hun privacy door het bekijken van de videobeelden die zijn gemaakt op de afdeling, is volgens het RTG ook ongegrond. Verweerster heeft in dit verband ter terechtzitting verklaard dat zij vanaf juli 2017 met verlof was en dat na haar vakantie de baby was overgeplaatst. Zodoende had ze niet de tijd gehad om voor haar vakantie de videobeelden te bekijken. Gelet op het doel van de

videoregistratie achtte zij het zorgvuldig om de beelden alsnog te bekijken. Verweerster veronderstelde dat het terugkijken van de beelden in de gegeven omstandigheden binnen de gemaakte afspraken met klagers viel. In de bestaande omstandigheden kan het RTG dit begrijpen. Het RTG ziet bevestiging voor het bestaan van de afspraak tussen klagers en verweerster over het terugkijken van de beelden.

Voor de klacht dat verweerster geen optimale zorg heeft gegeven aan de baby heeft het RTG geen enkele onderbouwing aangetroffen.

Het RTG wijst de klacht af.

mr. M.F. Mooibroek

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 27-02-2018

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2018:23

Zaaknummer: 2017/362

Advocaten: E. Osinga en mr. A.C. de Die

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

Klager/Stichting Protestants Christelijk Ziekenhuis Ikazia

Klager is tijdens het wegen hardhandig beetgepakt en heeft daardoor een huidwond opgelopen. De Geschillencommissie Ziekenhuizen bepaalt dat het ziekenhuis aan klager een schadevergoeding moet betalen wegens fysiek en psychisch lijden.

Feiten

Klager gebruikt prednison waardoor zij een dunne huid heeft. Op 30 december 2015 heeft een verpleegkundige klager geholpen bij het wegen. De verpleegkundige heeft klager toen op een weegschaal laten staan en volgens klager heeft de verpleegkundige het linker onderbeen van klager toen hardhandig vastgepakt waardoor een groot stuk huid van het onderbeen is gestroopt. Klager stelt dat de verpleegkundige c.q. het ziekenhuis bekend was met haar dunne huid en daar rekening mee had moeten houden. Nu dat niet is gebeurd, is sprake van onzorgvuldig handelen. Klager stelt dat zij daardoor schade heeft opgelopen. Het gaat om fysieke en psychische schade. Zo komt er drie keer per week een verpleegkundige langs om de wond te verschoneren waardoor klager aan huis is gebonden. Daarnaast stelt klager dat zij veel angst en stress ervaart door de gang van zaken. Klager schat de schade op € 2500 en verzoekt de Geschillencommissie Ziekenhuizen tevens een vergoeding van de buitengerechtelijke kosten van € 1470 aan haar toe te kennen.

Het ziekenhuis erkent bekend te zijn (geweest) met de dunne huid van klager. Volgens het ziekenhuis was het echter in het belang van klager om haar te laten bewegen en heeft de verpleegkundige er daarom voor gekozen om de weegschaal in plaats van de weegstoel te gebruiken. Daarnaast maakt klager gebruik van een rollator en volgens het ziekenhuis is het gebruikelijk dat in dat geval wordt gewogen op een weegschaal en niet – zoals klager bepleit – op een weegstoel. Tot slot voert het ziekenhuis aan dat klager tijdens het wegen dreigde te vallen, dat de verpleegkundige dat wilde voorkomen en daarom naar het been van klager heeft gegrepen. Volgens het ziekenhuis probeerde de verpleegkundige daarmee erger te voorkomen, waardoor ook daarom geen sprake is van onzorgvuldig handelen.

Oordeel

De Geschillencommissie Ziekenhuizen oordeelt dat uit de stukken blijkt dat de verpleegkundige klager wilde wegen en dat zij haar daarbij handhandig heeft beetgepakt. Dit terwijl het bij het ziekenhuis c.q. de verpleegkundige bekend was dat klager een zeer kwetsbare huid had die gemakkelijk beschadigde.

Volgens de geschillencommissie zou het risico dat klager haar evenwicht zou verliezen zijn voorkomen bij het gebruik van een weegstoel, waardoor het ziekenhuis voor die optie had moeten kiezen. Om de mobiliteit van klager te bevorderen, had het ziekenhuis klager met de rollator naar de weegstoel kunnen laten lopen. Op die manier zou het ziekenhuis de schade hebben kunnen voorkomen en klager toch hebben laten bewegen.

De geschillencommissie concludeert dat het ziekenhuis toerekenbaar tekort is geschoten in de nakoming van de behandelovereenkomst met lichamelijk letsel tot gevolg. Op grond van artikel 6:106 lid 1 onder b BW kan in die situatie een vergoeding van immateriële schade worden toegewezen en in dat kader acht de commissie het voldoende aannemelijk dat klager – ten gevolge van de wond – gedurende langere tijd zowel fysiek als psychisch heeft geleden. Een vergoeding van immateriële schade ligt daarom in de rede en de commissie bepaalt de schade op grond van de redelijkheid en billijkheid op € 2500.

Het verzoek om vergoeding van buitengerechtelijke kosten wordt door de commissie echter afgewezen. Op dat punt oordeelt de commissie dat op grond van artikel 22 van het Reglement Geschillencommissie Ziekenhuizen de ter zake van de behandeling van het geschil gemaakte kosten voor rekening van klager zelf komen. Dat is anders indien sprake is van een bijzonder geval, maar daarvan is de commissie niet gebleken.

mr. V.M.A. Vos

Instantie: Geschillencommissie ziekenhuizen

Datum uitspraak: 17-05-2017

Zaaknummer: 109252

RECHTSPRAAK

X/Y

Een cliënt stelt dat door een arts niet tijdig een juiste diagnose is gesteld, dat het behandeltraject hierdoor onnodig lang heeft geduurd en de ingezette behandeling niet passend was. De zorginstelling stelt dat een uitgebreid onderzoek naar de klachten van de cliënt heeft plaatsgevonden waar vervolgens de behandeling op is afgestemd. De Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg oordeelt dat niet is gebleken dat de zorginstelling onzorgvuldig is geweest dan wel onvoldoende toezicht heeft gehouden op de wijze waarop de arts uitvoering heeft gegeven aan het behandeltraject. De commissie verklaart de klachten ongegrond en wijst de door de cliënt gevorderde vergoeding van immateriële schade af.

Feiten

Cliënt is zes jaar onder behandeling geweest van een psychiater/psychotherapeut (hierna: arts) verbonden aan een zorginstelling. De klacht van cliënt bestaat uit een zestal onderdelen. Allereerst stelt cliënt dat de arts ten onrechte geen diepgaand onderzoek heeft verricht naar de oorza(a)k(en) van zijn klachten op geestelijk en lichamelijk vlak, hierdoor heeft het behandeltraject vijf tot zes jaar te lang geduurd. Cliënt voert verder aan dat door het ontbreken van een diepgaand onderzoek hem een passende behandeling onthouden is en geen tijdige diagnose ten aanzien van de (werkelijke) oorzaken van zijn klachten is gesteld. Cliënt heeft, na zelfstudie, zijn eigen diagnose gesteld en kwam tot het syndroom van Asperger en later ADD en slaapapneu. Na lang aandringen is door een GGZ-psychologe onderzoek verricht, maar enkel naar de aanwezigheid van het syndroom van Asperger. Hierdoor zijn naar de mening van cliënt ADD en slaapapneu niet opgemerkt. Cliënt stelt het onbegrijpelijk te vinden dat zijn klachten lange tijd zijn miskend en lang zijn aangemerkt als een lichte depressie.

Cliënt voert verder aan dat op hem dubieuze behandelmethodieken zijn toegepast, zoals *tapping* (kloppen op het lichaam) en het geven van stroomstootjes op het voorhoofd. Deze

hebben – achteraf bezien – niet bijgedragen aan zijn (niet gediagnosticeerde) ADD/Asperger. Cliënt stelt dat de zorginstelling tijdens het behandeltraject onvoldoende zorg heeft gedragen voor adequaat toezicht op zijn behandeling door middel van frequent uitgevoerde audits. De zorginstelling is volgens cliënt tekortgeschoten in de kwaliteit van zorg en de controle daarop conform ISO en HKZ. Door onvoldoende toezicht van de zorginstelling op het dossier van cliënt heeft hij mentaal, lichamelijk en financieel nadeel ondervonden en vordert hij een immateriële schadevergoeding van € 15.000. Ter zitting brengt cliënt naar voren dat hij het betreurt dat het onderzoeksrapport van de GGZ-psychologe niet is ingebracht bij de interne klachtencommissie van de zorginstelling. Hierin staat dat hij zes jaar onder behandeling is geweest zonder daarbij vooruitgang te boeken. Volgens cliënt had de arts in dat geval collega-psychiaters kunnen raadplegen om tot een ander behandelplan te komen. Zoals gezegd heeft cliënt zichzelf gediagnosticeerd met het syndroom van Asperger. Cliënt verwijt de arts geen oog te hebben gehad voor de belangen van cliënt door hier aanvankelijk geen nader onderzoek naar te willen doen vanwege de daarmee gepaarde gaande kosten. Cliënt betreurt het dat hij zes jaar onder behandeling is geweest en nu achteraf tegengeworpen krijgt dat hij zijn klachten eerder had moeten uiten.

De zorginstelling stelt dat uitgebreide en ook aanvullende psychodiagnostiek heeft plaatsgevonden. De behandeling is, omdat het goed ging met cliënt, in onderling overleg tussentijds gestopt. Later is de behandeling op verzoek van cliënt hervat in verband met recidiverende klachten.

De zorginstelling betwist het aanmerken van de klachten als een lichte depressie. Bij aanvang van de behandeling was duidelijk dat de klachten behoorlijk ernstig waren, de behandeling is hierop afgestemd. Toen vervolgens in een vroeg stadium helder werd dat sprake was van een autisme spectrumstoornis is de behandeling hierop aangepast. De zorginstelling stelt dat geen sprake is geweest van een 'alternatieve behandeling'. De gehele behandeling valt binnen de richtlijnen zoals voorgeschreven bij klachten waarvoor cliënt onder behandeling was.

Verder stelt de zorginstelling dat zij een groot belang hecht aan de jaarlijkse audits betreffende de kwaliteit en het functioneren van haar professionals, en aan de collegiale evaluaties van het indicatieverslag, het behandelplan en nieuw te openen (vervolg)dossiers. Deze controles hebben ook plaatsgevonden bij de arts van cliënt; daaruit is niet gebleken dat de behandeling niet (meer) passend zou zijn. Ook uit de externe audits met betrekking tot de ISO-certificering zijn geen noemenswaardige verbeterpunten naar voren gekomen. De zorginstelling stelt dan ook dat haar geen enkel verwijt gemaakt kan worden. Ter zitting wordt door de zorginstelling benadrukt dat jaarlijks frequent collegiaal cliëntenoverleg plaatsvindt, waarbij psychiaters feedback geven op het behandelplan. Dit wordt jaarlijks geëvalueerd op diagnose en behandeling. Het dossier van een cliënt wordt door twee onafhankelijke

psychiaters beoordeeld en van feedback voorzien, de behandelaar wordt daarbij geanonimiseerd. In geval van verschil van mening tussen beide psychiaters wordt een derde betrokken. Een afkeuring van een behandelplan wordt vastgelegd in het patiëntendossier en het traject wordt afgesloten. Een dergelijke evaluatie heeft ook tijdens de behandeling van cliënt plaatsgevonden, de betrokken onafhankelijke psychiaters zijn telkens akkoord gegaan met voortzetting daarvan. Informatie uit dit overleg wordt in principe niet gedeeld met cliënt, maar deze kan hiervan kennisnemen door zijn dossier op te vragen dan wel in te zien.

Oordeel

Voor aansprakelijkheid van de zorginstelling is vereist dat voldoende aannemelijk is dat deze is tekortgeschoten in de uitvoering van de behandelingsovereenkomst waarbij sprake zal moeten zijn van een fout of nalaten. De tekortkoming moet aan de zorginstelling verweten kunnen worden en de cliënt dient daarvan nadeel te hebben ondervonden. De Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg stelt vast dat vier van de zes klachtenonderdelen betrekking hebben op de arts. In de kern worden zij als volgt weergegeven: het behandeltraject heeft te lang geduurd op basis van de primair gestelde diagnose en de arts is niet tot een andere diagnose gekomen, ook niet nadat cliënt had aangegeven dat bij hem sprake is van onder meer het syndroom van Asperger.

De arts is echter geen partij in dit geschil, enkel de zorginstelling. De vraag is derhalve of de zorginstelling tekort is geschoten in de uitvoering van de behandelingsovereenkomst door onvoldoende toezicht te houden op de wijze waarop door de arts uitvoering is gegeven aan het behandeltraject van cliënt.

De geschillencommissie stelt dat de zorginstelling onvoldoende weersproken naar voren heeft gebracht dat zij door middel van borgingsinstrumenten en audits ervoor heeft gezorgd dat de behandelaar zijn uitgevoerde behandeling telkens via deze kwaliteitstoets heeft laten beoordelen. De commissie is niet gebleken dat de zorginstelling onzorgvuldig is geweest dan wel onvoldoende toezicht heeft gehouden op de wijze waarop de arts uitvoering heeft gegeven aan het behandeltraject en er sprake was van een ongewenste behandeling. De commissie heeft de klachten ongegrond verklaard en de gevorderde schadevergoeding van cliënt afgewezen. (Red.: mogelijk bedoelde de commissie in haar oordeel dat de zorginstelling *voldoende* heeft weersproken.)

mr. D.F.A. Kikken

Instantie: Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 05-04-2017

Zaaknummer: 108053

RECHTSPRAAK

Forte GGZ/De Friesland

Een niet-gecontracteerde zorgaanbieder stelt dat een zorgverzekeraar, die een vergoeding van 70 procent van het laagst gecontracteerde tarief voor niet-gecontracteerde zorg hanteert, hiermee een feitelijke hinderpaal opwerpt voor zijn verzekerden en dat de desbetreffende polisvoorwaarden onredelijk bezwarend, dan wel oneerlijk zijn. Ook stelt hij dat het inkoopbeleid van de zorgverzekeraar discriminatoir van aard is. De rechtbank oordeelt dat de zorgverzekeraar in strijd met het hinderpaalcriterium heeft gehandeld en sluit bij de invulling van het hinderpaalcriterium aan bij het bedrag van het hoogste vrijwillig eigen risico. Voorts oordeelt de rechtbank dat het door de zorgverzekeraar gevoerde inkoopbeleid discriminatoir is.

Feiten

Forte GGZ is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Forte GGZ heeft geen contract afgesloten met De Friesland, onderdeel van het concern Achmea/Zilveren Kruis. Forte GGZ heeft in 2017 zorg verleend aan een verzekerde van De Friesland en deze verzekerde toegezegd dat voor haar geen aanvullende kosten aan de zorg verbonden zijn, naast het geldende eigen risico.

Voor de zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieders hanteert De Friesland een vergoedingspercentage van 70 procent van het laagste door haar gecontracteerde tarief, wat neerkomt op circa 55 procent van het geldende NZa-tarief. Forte GGZ stelt dat dit vergoedingspercentage een feitelijke hinderpaal opwerpt voor verzekerden die zich tot haar willen wenden.

Voorts is Forte GGZ van oordeel dat De Friesland haar verzekerde, in het onderhavige geval, onvoldoende heeft geïnformeerd omtrent de gevolgen van de polisvoorwaarden, waar deze zien op de vergoeding van niet-gecontracteerde gespecialiseerde GGZ.

Tot slot stelt Forte GGZ dat het inkoopbeleid van De Friesland discriminatoir van aard is, nu De Friesland alleen contracteert met partijen bij wie zij eerder zorg heeft ingekocht. Dit beleid heeft Forte GGZ de kans op een zorgcontract met De Friesland ontnomen.

Oordeel

De rechtbank gaat allereerst in op het in artikel 13 Zvw vervatte hinderpaalcriterium. Ingevolge het eerste lid van dit artikel bepalen zorgverzekeraars zelf de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. De rechtbank overweegt dat uit de rechtspraak volgt dat in de regel geen sprake is van een feitelijke hinderpaal indien de zorgverzekeraar de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg vaststelt op 75-80 procent van het marktconforme tarief. De Friesland heeft de vergoeding voor de onderhavige zorg voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders vastgesteld op 70 procent van het laagste door hem gecontracteerde tarief. Niet in geschil is dat dit lager is dan 75-80 procent van het gemiddeld gecontracteerde tarief. De rechtbank oordeelt dat niet zonder meer kan worden aangenomen dat elke afwijking van het vergoedingspercentage van 75-80 procent van het gemiddeld gecontracteerde tarief een feitelijke hinderpaal vormt. Het is in dat geval echter aan de zorgverzekeraar om te motiveren en zo nodig te onderbouwen waarom het lagere percentage geen hinderpaal zal opleveren. Om te beoordelen of sprake is van een feitelijke hinderpaal dient naar het oordeel van de rechtbank te worden gekeken naar zowel het vergoedingspercentage als naar de hoogte van het door de verzekerde te betalen bedrag.

De rechtbank oordeelt dat De Friesland niet heeft gemotiveerd en onderbouwd waarom het door hem gehanteerde lagere vergoedingspercentage geen hinderpaal zal opleveren. Hierbij komt dat de in de polisvoorwaarden van De Friesland opgenomen hardheidsclausule, op grond waarvan in individuele gevallen het vergoedingspercentage bij niet-gecontracteerde zorg door De Friesland kan worden verhoogd indien een verzekerde aangeeft dat dit percentage/bedrag te laag is om zich te wenden tot een niet-gecontracteerde zorgaanbieder van keuze, naar het oordeel van de rechtbank niet afdoende is. Voorts beoordeelt de rechtbank of het bedrag dat door een individuele verzekerde dient te worden betaald een feitelijke hinderpaal vormt. De rechtbank overweegt dat de individuele kenmerken of omstandigheden van de verzekerde, op grond van artikel 13 lid 4 Zvw, geen rol mogen spelen bij de invulling van het hinderpaalcriterium. Dit brengt naar het oordeel van de rechtbank mee dat het er in wezen om gaat of (ook) de minst draagkrachtige verzekerde door de hoogte van het bedrag wordt verhinderd om zich te wenden tot de niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Bij gebreke van een andere maatstaf sluit de rechtbank in dat kader aan bij het bedrag van het hoogste vrijwillig eigen risico, zoals genoemd in artikel 20 lid 2 Zvw (thans € 500). Dit brengt naar het oordeel van de rechtbank mee: 'dat in de regel toepassing van het vergoedingspercentage van 75-80% van het gemiddeld gecontracteerde tarief eerst dan tot een uitkomst leidt die voor de

minst draagkrachtige een feitelijke hinderpaal oplevert, indien het door de verzekerde te betalen bedrag hoger is dan het hoogste vrijwillig eigen risico op grond van artikel 20 lid 2 Zvw'.

Ten tweede stelt Forte GGZ dat De Friesland haar verzekerden niet of niet duidelijk heeft voorzien van essentiële informatie omtrent de polisvoorwaarden en het daarin omschreven vergoedingspercentage voor zorg afgenomen bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder en dat de polisvoorwaarden derhalve buiten beschouwing moeten blijven. De rechtbank volgt deze stelling niet.

Ten aanzien van het inkoopbeleid stelt Forte GGZ dat De Friesland in strijd handelt met het doel van de Zorgverzekeringswet en het Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017, omdat zij marktwerking en concurrentie onmogelijk maakt door alleen zorg in te kopen bij partijen waarmee zij voorheen reeds contracteerde. Dit beleid heeft naar het oordeel van Forte GGZ geresulteerd in de onmogelijkheid een zorgcontract met De Friesland af te sluiten, hetgeen volgens Forte GGZ als onrechtmatig dient te worden aangemerkt. De rechtbank gaat hierin mee en oordeelt dat het door De Friesland gehanteerde inkoopbeleid evident discriminatoir is.

De schade van Forte GGZ is het verschil in vergoeding van De Friesland aan niet-gecontracteerde en gecontracteerde zorgaanbieders. Voor het vaststellen van de vergoeding die Forte GGZ als gecontracteerde zorgaanbieder had kunnen krijgen, sluit de rechter aan bij een gemiddeld gecontracteerd tarief van 90 procent van het NZa-tarief. De Friesland wordt als de in het ongelijk gestelde partij in de proceskosten veroordeeld.

mr. B. Wallage en mr. E. Jacobs

Instantie: Rechtbank Noord-Nederland

Datum uitspraak: 30-01-2018

ECLI: ECLI:NL:RBNNE:2018:245

Zaaknummer: 5730184 CV EXPL 17-1682

Wetsartikelen: 13 Zvw, 6:193d lid 2 en lid 3 BW, 20 lid 2 Zvw en 13 lid 4 Zvw

RECHTSPRAAK

Patiënt/Maasstad Ziekenhuis

Een ziekenhuis had klager vooraf moeten informeren over het feit dat de door klager gewenste ingreep niet (geheel) vergoed zou worden door zijn zorgverzekeraar. Nu het ziekenhuis dat niet heeft gedaan, oordeelt de Geschillencommissie Ziekenhuizen dat klager niet is gehouden de nota te voldoen.

Feiten

Klager heeft zich voor een chirurgische ingreep bij het ziekenhuis gemeld, waarna op 7 april 2015 een intakegesprek heeft plaatsgevonden. Pas na dat gesprek is klager door de afdelingssecretaresse geïnformeerd over het feit dat de ingreep niet rechtstreeks door de zorgverzekeraar van klager zou worden vergoed. Klager heeft vervolgens wel een nota voor het intakegesprek ontvangen. De nota bedraagt € 417,47, waarvan uiteindelijk € 245,18 door de zorgverzekeraar aan klager wordt vergoed.

Klager stelt dat het ziekenhuis hem van tevoren, dat wil zeggen voor het intakegesprek, had moeten informeren over het feit dat de zorgverzekeraar de behandeling niet volledig zou vergoeden. Als hij had geweten dat de ingreep niet zou worden vergoed, zou hij een ander ziekenhuis hebben gezocht waar de ingreep wel volledig zou worden vergoed. Daarnaast meent klager dat het bedrag op de nota veel te hoog is. Klager verzoekt de Geschillencommissie Ziekenhuizen in redelijkheid en billijkheid een vergoeding vast te stellen.

Het ziekenhuis erkent dat het klager niet voorafgaande aan de intake over de kosten heeft geïnformeerd, maar volgens het ziekenhuis komt dat doordat het ziekenhuis ten tijde van de zorgverlening niet kon zien welk verzekeringspakket klager had gekozen. Voorts stelt het ziekenhuis dat klager ook zelf bij zijn zorgverzekeraar had moeten nagaan of de behandeling zou worden vergoed. Het ziekenhuis meent dat op dit punt sprake is van een gedeelde verantwoordelijkheid op grond waarvan het ziekenhuis aan klager heeft voorgesteld om vijftig procent van het gedeelte dat niet door de zorgverzekeraar is vergoed aan klager te betalen.

Klager heeft dat voorstel geweigerd en het is dus aan de Geschillencommissie om een oordeel te vellen.

Oordeel

De Geschillencommissie stelt allereerst vast dat het ziekenhuis geen (prijs)afspraken heeft gemaakt met de zorgverzekeraar van klager. In een dergelijk geval is het ziekenhuis volgens de commissie gerechtigd om zelf de hoogte van de nota te bepalen. Aan de stelling van klager dat de nota te hoog was, wordt aldus voorbijgegaan.

Vervolgens overweegt de commissie dat het ziekenhuis klager conform artikel 4 lid 2 Beleidsregel TH/BR-012 van de NZa tijdig, te weten voordat met de levering van zorg wordt gestart, had moeten informeren over de door het ziekenhuis voor de ingreep gehanteerde tarieven. In het verlengde daarvan had het ziekenhuis klager ook moeten informeren over het feit dat het ziekenhuis geen contract had met klagers zorgverzekeraar waardoor de ingreep niet (geheel) zou worden vergoed. Tot slot had het ziekenhuis klager moeten laten weten dat de nota voor de ontvangen zorg rechtstreeks bij hem in rekening zou worden gebracht.

Volgens de commissie is het ziekenhuis in voornoemde informatieplicht tekortgeschoten, als gevolg waarvan de rekening van het ziekenhuis ad € 417,47 gecrediteerd dient te worden en het ziekenhuis het klachtgeld aan klager moet vergoeden.

mr. V.M.A. Vos

Instantie: Geschillencommissie ziekenhuizen

Datum uitspraak: 17-01-2017

Zaaknummer: 105237

RECHTSPRAAK

X/Y

In eerste aanleg heeft het RTG geoordeeld dat de arts-assistent niet kan worden verweten geen GBS-diagnostiek te hebben verricht. Ook kan de desbetreffende arts naar het oordeel van het RTG niet worden verweten dat er ander beleid had dienen te worden ingezet, aangezien zij daarbij niet betrokken was. Het CTG ziet in beroep geen aanleiding tot vaststelling van andere feiten, beschouwingen dan wel beslissingen. Om die reden verwerpt het CTG het beroep.

Feiten

Klaagster is bekend met een verslechtering van haar nierfunctie, na een niertransplantatie in 2006. Als gevolg van de niertransplantatie gebruikt klaagster immunosuppressiva. Ook is klaagster bekend met frequente urineweginfecties in het verleden. In 2011 hebben klaagster en haar partner (klagers) hun kindwens besproken. Er werden geen grote bezwaren gevonden, waarna klaagster in 2012 zwanger raakte. Klaagster is tijdens de zwangerschap veelvuldig op controle geweest, hierbij zijn een drietal urinekweken verricht. Een van deze kweken was afwijkend: *Enterococcus faecalis*. Bij de overige twee werd geen significante bacteriële groei aangetroffen. Op 26 april 2013 is klaagster, bij 36 weken en 1 dag zwangerschap, ingeleid wegens een verslechtering van haar nierfunctie en oplopende bloeddruk. Op 29 april is de dochter van klagers geboren. Na de geboorte is de dochter van klagers opgenomen op de Neonatale intensive care unit, wegens een verdenking op een infectie. Op 30 april 2013 is een introïtus/anuskweek bij klaagster afgenomen, hieruit bleek op enig moment een GBS-kolonisatie bij klaagster. De dochter van klaagster heeft een GBS-meningitis/sepsis doorgemaakt, waar zij blijvende cerebrale schade heeft opgelopen.

Klachten

Klagers verwijten verweerster, die als arts-assistent werkzaam was op de avond van de bevalling, dat zij onzorgvuldig heeft gehandeld en in strijd met de NVOG-richtlijn 'Preventie van neonatale Groep-B-streptokokken ziekte (GBS-ziekte)' versie 2.0 uit 2008. De arts-

assistent heeft naar de mening van klagers nagelaten GBS-diagnostiek uit te voeren, terwijl daar naar hun mening wel aanleiding toe was. Daarnaast had zij naar de mening van klagers een kweek moeten inzetten, in lijn met hetgeen de richtlijn hierover vermeldt. Indien en voor zover de richtlijn door haar juist is geïnterpreteerd, had zij er juist van af moeten wijken. Daarnaast zijn zij van mening dat de arts-assistent de eventuele antibioticaresistentie boven het leven van de dochter van klagers heeft gesteld.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) heeft geoordeeld dat de arts-assistent klaagster tijdens de bevalling voor het eerst zag en geen betrokkenheid heeft gehad bij de voorafgaande besluitvorming rondom het ingezette beleid. Het RTG is eveneens van mening dat er voor de arts-assistent geen aanleiding bestond om alsnog GBS-diagnostiek te plegen of profylactisch antibiotica te geven. Ook de overige klachtonderdelen zijn om voornoemde reden ongegrond. Het RTG heeft wat betreft de richtlijn opgemerkt dat deze niet eenduidig is over de terminologie betreffende vroeggeboorte en de geldende en te hanteren termijn betreffende langdurig gebroken vliezen en pleit voor een eenduidige GBS-richtlijn. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) heeft bij de behandeling van de zaak in beroep geen aanleiding gezien tot vaststelling van andere feiten, beschouwingen en beslissingen dan die van het RTG. Om die reden verwerpt het CTG het beroep. Het CTG onderschrijft dat de richtlijn GBS-ziekte uit 2008 niet eenduidig is, maar wijst erop dat inmiddels in 2017 een nieuwe richtlijn van kracht is geworden.

mr. drs. C. van der Kolk

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 15-02-2018

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2018:44

Zaaknummer: C2017.080

Advocaten: K. Mous

RECHTSPRAAK

X/Y

Klager verwijt verweerder, een tandarts, dat hij contractbreuk zou hebben gepleegd door een behandeling niet uit te voeren. Het RTG is van mening dat de tandarts heeft voldaan aan de verplichtingen die volgen uit de behandelingsovereenkomst en verklaart de klacht ongegrond. Het CTG is van oordeel dat het aan klager zelf te verwijten is dat er onduidelijkheid is ontstaan over de behandelrelatie en verwerpt het beroep.

Feiten

Klager heeft een klacht ingediend tegen een tandarts, die hij had geconsulteerd in het kader van een begroting voor een implantaatbehandeling. Verweerder was de derde tandarts die klager bezocht voor deze behandeling. Alvorens verweerder klager voor het eerst op consult zag, was klager al langs geweest bij een assistente van verweerder op 18 maart 2016. Er is toen een standaardbegroting meegegeven aan klager met een geldigheidsduur van zes maanden. In mei en november 2016 is klager gezien door verweerder. Verweerder heeft klager toen geadviseerd eerst de mondhygiëne aan te pakken, voordat de behandeling kon worden gestart. Op 19 december 2016 is klager akkoord gegaan met de begroting. In januari 2017 heeft klager verweerder laten weten dat snel met de behandeling kon worden gestart. Verweerder kan vanwege een hersenbloeding zijn werk sinds januari 2017 niet meer uitoefenen.

Klacht

Klager verwijt verweerder dat hij zich schuldig zou hebben gemaakt aan contractbreuk door de behandeling, waar de begroting van 23 maart 2016 betrekking op had, niet uit te voeren.

Oordeel

Naar de mening van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) is in casu een geneeskundige behandelingsovereenkomst ontstaan, doordat klager een concrete hulpvraag had aan verweerder en verweerder op deze hulpvraag is ingegaan. Naar de mening

van het RTG heeft verweerder zich gehouden aan de verplichtingen uit hoofde van de behandelingsovereenkomst door tijdens de consulten de voorwaarde te stellen dat eerst het gebit gesaneerd diende te worden. Het RTG oordeelt dat uit de stukken niet blijkt dat deze sanering op 19 december 2016 was voltooid. Verweerder kan dan ook niet worden verweten dat geen verdere behandeling is ingezet. Het RTG acht de klacht ongegrond.

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) is van oordeel dat het door verweerder gedane aanbod op 23 september 2016 is vervallen en verweerder op dat moment niet meer gehouden was de behandeling tegen de in de begroting genoemde voorwaarden uit te voeren. Op 8 november 2016 is de behandelrelatie, ondanks dat de begroting was verlopen, feitelijk voortgezet. Naar het oordeel van het CTG is echter onvoldoende concreet afgesproken wat de sanering precies zou moeten inhouden, waardoor op 8 november niet inzichtelijk gemaakt kon worden in hoeverre de sanering gevorderd was. Op dat moment is onduidelijkheid over de behandelrelatie ontstaan. Deze onduidelijkheid is klager eveneens aan te rekenen, doordat op zijn initiatief een second opinion bij een andere tandarts is ingezet, zonder verdere afspraken te maken tussen hem en verweerder. Om die reden kan verweerder geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Het CTG verwerpt het beroep.

mr. drs. C. van der Kolk

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 15-02-2018

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2018:46

Zaaknummer: c2017.385

RECHTSPRAAK

X/Y

Een echtgenote van een cliënt dient een klacht in over het handelen van een klinisch geriater. Zij verwijt de klinisch geriater dat hij onvoldoende zou hebben gecommuniceerd over de behandeling, wijzigingen daaromtrent en de medicatie. Ook verwijt zij hem dat hij de diagnose heupfractuur over het hoofd heeft gezien. Het RTG volgt klaagster daarin en legt verweerder een berisping op. Het CTG is van oordeel dat er wel goed is gehandeld door de klinisch geriater wat betreft het informed consent. Met name de volgende overweging van het CTG is van belang: 'In het algemeen is het niet ongebruikelijk om aan te nemen dat, wanneer in een medisch dossier staat dat de patiënt (of diens vertegenwoordiger) over een wijziging in medicatie en/of beleid is geïnformeerd dit impliceert dat die patiënt daarmee ook akkoord is en dat eventuele bezwaren in het dossier worden genoteerd'. Ten aanzien van het andere klachtonderdeel volgt het CTG het RTG. Om voornoemde reden matigt het CTG de maatregel van een berisping naar een waarschuwing.

Feiten

De klacht betreft de behandeling van de echtgenoot van klaagster door verweerder – klinisch geriater –, die in 2013 en 2014 gedurende een jaar opgenomen is geweest in een kliniek voor geestelijke gezondheidszorg. Verweerder was als hoofdbehandelaar betrokken bij de behandeling van de echtgenoot van klaagster, die vanwege dementie en ernstige gedragsproblemen, met name toenemende agressiviteit richting klaagster, was opgenomen in de kliniek. De echtgenoot van klaagster was aanvankelijk op grond van een IBS opgenomen en later op grond van een rechterlijke machtiging. Tijdens de opname is de medicatie van de echtgenoot van klaagster regelmatig aangepast en is hij regelmatig gefixeerd en gesepareerd. In september 2014 maakt de echtgenoot van klaagster en familie bij verweerder kenbaar dat

hij veel pijn heeft aan het rechterbeen. Aanvankelijk was onbekend of de echtgenoot van klaagster was gevallen, maar na een paar weken wordt duidelijk dat dit inderdaad het geval is geweest. Ongeveer een maand na de val, als de echtgenoot van klaagster is overgeplaatst naar een verpleeghuis blijkt, na het vervaardigen van een röntgenfoto, dat er sprake is van een heupfractuur. De echtgenoot van klaagster is op 30 december 2014 in het verpleeghuis overleden.

Klacht

De klacht heeft betrekking op de communicatie over de behandeling en de diagnose en de behandeling van de heupfractuur.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) is van oordeel dat betreffende de communicatie omtrent de behandeling en medicatie, blijkens het medisch dossier, klaagster wel is geïnformeerd, maar niet blijkt dat aan klaagster toestemming is gevraagd en dat deze is verkregen. Dit is blijkens de wettelijke bepalingen wel noodzakelijk. Ook al was verweerder als hoofdbehandelaar niet dagelijks bij de behandeling betrokken, is hij naar de mening van het RTG wel (mede) tuchtrechtelijk aansprakelijk voor het feit dat de communicatie, op voornoemde punten, ontoereikend is geweest. Ook ten aanzien van de communicatie betreffende de toegepaste middelen en maatregelen is het RTG van oordeel dat er sprake is geweest van onvoldoende communicatie. Met betrekking tot de behandeling en de diagnose van de heupfractuur is het RTG van mening dat verweerder nader onderzoek had moeten doen naar de heup en zo nodig toch een foto had moeten laten maken. Het RTG verwijst in dat verband naar de richtlijn 'Herkenning en behandeling van pijn bij kwetsbare ouderen 2011'. Bovendien had de pijnbestrijding anders geweest als de heupfractuur eerder bekend was geweest of er rekening mee gehouden kon worden bij de dagelijkse verzorging. Aangezien verweerder naast het gebrek aan informed consent ook in de zorg rond de heupfractuur is tekortgeschoten acht het RTG een berisping passend.

Anders dan het RTG is het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) van oordeel dat uit hetgeen in het medisch dossier is opgetekend wel kan worden afgeleid dat er sprake was van toestemming van klaagster. In het algemeen is het niet ongebruikelijk om aan te nemen dat, wanneer in een medisch dossier staat dat de patiënt (of diens vertegenwoordiger) over een wijziging in medicatie en/of beleid is geïnformeerd dit impliceert dat die patiënt daarmee ook akkoord is en dat eventuele bezwaren in het dossier worden genoteerd. Naar de mening van het CTG was er wel sprake van informed consent. Wat betreft de behandeling en diagnose van de heupfractuur is het CTG, evenals het RTG, van mening dat

een aantal zaken beter had gekund en ook had gemoeten. Uit het medisch dossier blijkt niet dat een collumfractuur als differentiaal diagnose is overwogen. Bovendien is het CTG van mening dat toen bekend was dat er wel sprake was geweest van een val, dit aanleiding had dienen te zijn de differentiaal diagnose te heroverwegen. Het CTG volgt het RTG dat na vaststelling van een fractuur het pijnbeleid en mobilisatiebeleid anders zou zijn geweest en er bij de dagelijkse verzorging rekening mee gehouden had moeten worden. In beroep wordt de klacht op 1 klachtonderdeel gegrond bevonden, waardoor het CTG van mening is dat een waarschuwing volstaat.

mr. drs. C. van der Kolk

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 15-02-2018

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2018:48

Zaaknummer: c2016.471

Advocaten: L.A.P. Arends

Wetsartikelen: 7:448 BW, 7:450 BW, 7:465 BW, 6o Wet Bopz en 38 Wet Bopz

RECHTSPRAAK

X/Y

De echtgenote van een cliënt dient een klacht in over het handelen van een klinisch geriater. Zij verwijt de klinisch geriater dat hij onvoldoende heeft gecommuniceerd over de behandeling, de wijzigingen daaromtrent en de medicatie. Het RTG volgt klaagster daarin en legt de geriater een waarschuwing op. Het CTG is echter van oordeel dat er wel goed is gehandeld door de klinisch geriater en vernietigt de beslissing van het RTG. Met name de volgende overweging van het CTG is van belang in deze beslissing: 'In het algemeen is het niet ongebruikelijk om aan te nemen dat, wanneer in een medisch dossier staat dat de patiënt (of diens vertegenwoordiger) over een wijziging in medicatie en/of beleid is geïnformeerd dit impliceert dat die patiënt daarmee ook akkoord is en dat eventuele bezwaren in het dossier worden genoteerd'.

Feiten

De klacht betreft de behandeling van de echtgenoot van klaagster door verweerder – klinisch geriater –, die in 2013 en 2014 gedurende een aantal maanden opgenomen is geweest in een kliniek voor geestelijke gezondheidszorg. Verweerder was als hoofdbehandelaar betrokken bij de behandeling van de echtgenoot van klaagster, die vanwege dementie en ernstige gedragsproblemen, met name toenemende agressiviteit richting klaagster, was opgenomen in de kliniek. De echtgenoot van klaagster was aanvankelijk op grond van een IBS opgenomen en later op grond van een voorlopige machtiging en machtiging voortgezet verblijf. Tijdens de opname is de medicatie van de echtgenoot van klaagster regelmatig aangepast en is hij regelmatig gefixeerd en gesepareerd.

Klacht

Klaagster verwijt verweerder dat zij voortdurend voor voldongen feiten werd gesteld en dat

van overleg geen sprake was, dat haar echtgenoot zonder haar toestemming en voorafgaande mededeling is gefixeerd, vastgebonden en gesepareerd. Ook verwijt zij hem dat ze nauwelijks informatie heeft ontvangen over de medicatie en ook ten aanzien daarvan voor voldongen feiten werd geplaatst.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) is van oordeel dat betreffende de communicatie omtrent de behandeling en medicatie, blijktens het medisch dossier, klaagster wel is geïnformeerd, maar niet blijkt dat aan klaagster toestemming is gevraagd en dat deze is verkregen. Dit is blijktens de wettelijke bepalingen wel noodzakelijk. Ook al was verweerder als hoofdbehandelaar niet dagelijks bij de behandeling betrokken, is hij naar de mening van het RTG wel (mede) tuchtrechtelijk aansprakelijk voor het feit dat de communicatie, op voornoemde punten, ontoereikend is geweest. Ook ten aanzien van de communicatie betreffende de toegepaste middelen en maatregelen is het RTG van oordeel dat er sprake is geweest van onvoldoende communicatie. Ten aanzien van de toonzetting van de bejegening door verweerder is het RTG van oordeel dat de feiten hieromtrent niet kunnen worden vastgesteld. Gezien het feit dat naast verweerder vele andere artsen betrokken waren bij de verleende zorg en verweerder een communicatiecursus heeft gevolgd kan worden volstaan met een waarschuwing.

Anders dan het RTG is het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) van oordeel dat uit hetgeen in het medisch dossier is opgetekend, wel kan worden afgeleid dat er sprake was van toestemming van klaagster. In het algemeen is het niet ongebruikelijk om aan te nemen dat, wanneer in een medisch dossier staat dat de patiënt (of diens vertegenwoordiger) over een wijziging in medicatie en/of beleid is geïnformeerd dit impliceert dat die patiënt daarmee ook akkoord is en dat eventuele bezwaren in het dossier worden genoteerd. Naar de mening van het CTG was er wel sprake van informed consent. Ten aanzien van de communicatie betreffende de dwangmaatregelen is het CTG eveneens van mening dat daar met klaagster voldoende over is gecommuniceerd. Om voornoemde redenen vernietigt het CTG de beslissing op die punten en verklaart dat klachtonderdeel alsnog ongegrond.

mr. drs. C. van der Kolk

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 15-02-2018

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2018:50

Zaaknummer: c2016.473

Advocaten: L.A.P. Arends

Wetsartikelen: 7:448 BW, 7:450 BW, 7:465 BW, 38 Wet Bopz en 60 Wet Bopz

RECHTSPRAAK

X/Y

Het RTG heeft een gynaecoloog, hoofdbehandelaar van klaagster, berispt wegens het niet opvragen van medische informatie van klaagster, het niet initiëren van een multidisciplinair overleg en het niet uitvoeren van een zorgvuldige risico-inventarisatie bij de zwangerschapsbegeleiding van klaagster. Het CTG volgt dit oordeel van het RTG niet en vernietigt de beslissing in hoger beroep.

Feiten

Klaagster is bekend met een verslechtering van haar nierfunctie, na een niertransplantatie in 2006. Als gevolg van de niertransplantatie gebruikt klaagster immunosuppressiva. Ook is klaagster bekend met frequente urineweginfecties in het verleden. In 2011 hebben klaagster en haar partner (klagers) hun kinderwens besproken. Er werden geen grote bezwaren gevonden, waarna klaagster in 2012 zwanger raakte. Klaagster is tijdens de zwangerschap veelvuldig op controle geweest, hierbij zijn een drietal urinekweken verricht. Een van deze kweken was afwijkend: Enterococcus faecalis. Bij de overige twee werd geen significante bacteriële groei aangetroffen. Op 26 april 2013 is klaagster, bij 36 weken en 1 dag zwangerschap, ingeleid wegens een verslechtering van haar nierfunctie en oplopende bloeddruk. Op 29 april is de dochter van klaagster geboren. Na de geboorte is de dochter opgenomen op de Neonatale intensive care unit, wegens een verdenking op een infectie. Op 30 april 2013 is een introïtus/anuskweek bij klaagster afgenomen, hieruit bleek op enig moment een GBS-kolonisatie bij klaagster. De dochter van klaagster heeft een GBS-meningitis/sepsis doorgemaakt, waardoor zij blijvende cerebrale schade heeft opgelopen.

Klachten

Klagers verwijten de hoofdbehandelaar dat hij onzorgvuldig heeft gehandeld en in strijd met de NVOG-richtlijn 'Preventie van neonatale Groep-B-streptokokken ziekte (GBS-ziekte)' versie 2.0 uit 2008. De hoofdbehandelaar heeft naar de mening van klagers nagelaten GBS-diagnostiek uit te voeren, terwijl daar naar hun mening wel aanleiding toe was. Daarnaast had

hij naar de mening van klagers een kweek moeten inzetten, in lijn met hetgeen de richtlijn hierover vermeldt. Indien en voor zover de richtlijn door hem juist is geïnterpreteerd, had hij er juist van af moeten wijken. Daarnaast zijn zij van mening dat de hoofdbehandelaar eventuele antibioticaresistentie boven het leven van de dochter van klagers heeft gesteld. Ook had de hoofdbehandelaar bedacht moeten zijn op de verminderde weerstand bij de dochter van klagers als gevolg van de door klaagster gebruikte immunosuppressiva. Tot slot verwijten zij hem dat hij te laat alert is geworden op de GBS-bacterie: pas een dag na de bevalling is een kweek afgenomen bij klaagster.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) heeft geoordeeld dat de hoofdbehandelaar onterecht heeft nagelaten uitgebreide medische informatie omtrent de voorgeschiedenis van klaagster op te vragen, waardoor hij zichzelf de kans heeft ontnomen om nader onderzoek te doen naar de aanwezigheid van GBS-kolonisatie. Daarnaast verwijt het RTG de hoofdbehandelaar dat er geen gestructureerd multidisciplinair overleg met alle relevante disciplines heeft plaatsgevonden. Ook verwijt het RTG de hoofdbehandelaar dat er niet tijdig GBS-diagnostiek is ingezet. Alhoewel er discussie is over de vraag of de richtlijn van toepassing is op een ingeleide bevalling – of alleen op een spontane vroeggeboorte – kan dat naar de mening van het RTG niet tot de conclusie leiden dat er geen GBS-diagnostiek had hoeven te worden ingezet. Ook is het RTG van oordeel dat het op wereldschaal belangrijke risico van resistentievorming tegen antibiotica geen reden kan zijn om in dit individuele geval af te zien van GBS-diagnostiek. Het RTG heeft wat betreft de richtlijn opgemerkt dat deze niet eenduidig is wat betreft de terminologie betreffende vroeggeboorte en de geldende en te hanteren termijn betreffende langdurig gebroken vliezen en pleit voor een eenduidige GBS-richtlijn. Gezien het voorgaande heeft het RTG de hoofdbehandelaar een berisping opgelegd.

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) is echter van oordeel dat er geen reden was voor de hoofdbehandelaar nadere medische informatie op te vragen. De brief die hij had gezien, beantwoordde zijn vragen. In die brief stond immers de oorzaak van de op dat moment opgelopen infectie, namelijk een urineweginfectie met *Enterococcus faecalis*. Dat de brief – naar achteraf is gebleken – onvolledig was, en er op dat moment wel degelijk sprake was van een GBS-besmetting, wist de hoofdbehandelaar niet. Daarnaast is het CTG – anders dan het RTG – van oordeel dat frequent voorkomende urineweginfecties volgens de toen vigerende richtlijn en daarbij behorende beslisboom geen risicofactor zijn voor GBS. Het CTG is dan ook van mening dat de hoofdbehandelaar niet kan worden verweten dat hij heeft nagelaten meer onderzoek te verrichten naar de medische voorgeschiedenis van klaagster. Ook kan naar de mening van het CTG de hoofdbehandelaar niet worden verweten dat hij geen multidisciplinair overleg heeft geïnitieerd, omdat klaagster alleen wegens de door haar

ondergane niertransplantatie als risicopatiënt in beeld was. Daarnaast is het CTG van oordeel dat de in de richtlijn genoemde vroeggeboorte een spontane vroeggeboorte betreft en niet een ingeleide bevalling. Ook het oordeel van het RTG dat, indien de richtlijn niet van toepassing is de behandelend arts een risicoafweging had moeten maken, volgt het CTG niet. Het CTG concludeert dan ook dat de arts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en vernietigt de beslissing van het RTG.

mr. drs. C. van der Kolk

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 15-02-2018

ECLI: ECLI:NL:TGCTG:2018:45

Zaaknummer: C2017.114

RECHTSPRAAK

X/Y

Cliënte voert aan dat een neuroloog onzorgvuldig heeft gehandeld door geen onderzoek te doen naar de door cliënte aangestipte relatie tussen haar epilepsieaanvallen en hormoonhuishouding. Uit de second opinion blijkt dat sprake is van een vorm van epilepsie waarbij de verhouding oestrogeen-progesteron rondom de ovulatie van cliënte ongunstig is. Cliënte verzoekt het ziekenhuis om een schadevergoeding van € 526,33 voor de gemaakte kosten voor de second opinion. De commissie oordeelt dat de arts heeft nagelaten onderzoek te (laten) verrichten naar hetgeen cliënte naar voren bracht en bepaalt dat het ziekenhuis is tekortgeschoten in de nakoming van de behandelingsovereenkomst. De gevorderde schadevergoeding wordt toegekend, plus betaling door het ziekenhuis van de declaratie van het geneesmiddel.

Feiten

Cliënte was onder behandeling voor epileptische aanvallen bij een neuroloog (hierna: arts) in het ziekenhuis. Cliënte vermoedde dat er een verband bestond tussen het zich voordoen van de aanvallen en haar cyclus; zij besprak dit geregeld met de arts. Hij verrichtte hier geen verder onderzoek naar en gaf geen gehoor aan de suggestie van cliënte om de pil door te slikken. Zijn reactie was bot en afhoudend. Cliënte heeft in overleg met de huisarts een second opinion aangevraagd bij een specialistisch centrum voor epilepsie. Daaruit bleek dat zij leed aan catameniale epilepsie, een vorm van epilepsie waarbij de verhouding oestrogeen-progesteron rondom de ovulatie ongunstig is. Cliënte voert aan dat de arts onzorgvuldig heeft gehandeld door de wijze van bejegening, door het niet verrichten van verder onderzoek en door haar niet door te verwijzen. Cliënte vordert een schadevergoeding van € 526,33 voor gemaakte kosten voor de second opinion.

De arts betreurt dat cliënte zich niet gehoord voelde en erkent dat zij diverse malen bij hem het vermoeden van een relatie tussen epilepsie en haar cyclus heeft geuit. De arts geeft aan dat hij op de behandeling van de epilepsie was gericht en dat hij onvoldoende oog heeft gehad voor de ongerustheid van cliënte. Het ziekenhuis is van mening dat sprake is van een miscommunicatie tussen cliënte en de arts waardoor het ziekenhuis niet aansprakelijk kan worden gesteld. De arts had een second opinion kunnen verzorgen indien hij hierover door cliënte was ingelicht. Cliënte heeft dit op eigen initiatief geregeld. Daarnaast stelt het ziekenhuis dat er geen causaal verband bestaat tussen het schenden van de zorgvuldigheidsplicht en de gemaakte kosten. Had de arts tot een verwijzing besloten, dan had cliënte deze kosten ook gehad. Het ziekenhuis crediteert uit coulance de laatste declaratie.

Oordeel

De Geschillencommissie Ziekenhuizen voert aan dat voor aansprakelijkheid van het ziekenhuis vereist is dat voldoende aannemelijk wordt dat het ziekenhuis is tekortgeschoten in de nakoming van de behandelingsovereenkomst. Cliënte heeft bij de arts diverse malen het vermoeden geuit dat er een relatie bestond tussen de epileptische aanvallen en haar ovulatie; zij deed daarbij de suggestie om de pil door te slikken. De arts gaf aan dit met haar huisarts te bespreken. De commissie oordeelt dat in onderhavige situatie, waarin cliënte haar hormoonhuishouding goed monitort, en opmerkt dat de aanvallen rondom de ovulatie plaatsvinden van de arts verwacht mocht worden enig nader onderzoek te doen. Hetzij door dit te bespreken in een multidisciplinair overleg, hetzij door zelf onderzoek te verrichten. Hierbij geeft de geschillencommissie aan dat dit bijvoorbeeld kan door op internet informatie op te zoeken. Via google.nl vond de commissie binnen korte tijd informatie over de relatie tussen epilepsie en ovulatie.

Catameniale epilepsie staat niet in de Richtlijnen epilepsie 2013/2014. Dit betekent volgens de commissie echter niet dat de arts met het naslaan daarvan voldoende zorgvuldig is geweest. Door de arts is de anti-epileptische medicatie goed ingesteld, dit blijkt uit de second opinion. Maar daarnaast leverde de second opinion het aanvullend advies op tot het innemen van het geneesmiddel Frisium rondom de ovulatie. De commissie oordeelt dat cliënte op goede gronden een second opinion heeft aangevraagd. Voldoende aannemelijk is geworden dat het ziekenhuis is tekortgeschoten in de nakoming van de behandelingsovereenkomst en aansprakelijk is voor de ontstane schade. Had de arts de nodige zorgvuldigheid betracht dan was voor cliënte geen sprake geweest van een second opinion. Daarnaast had de arts zelf kunnen achterhalen dat sprake was van catameniale epilepsie en had hij daarvoor Frisium kunnen voorschrijven. De commissie verklaart de klacht grotendeels gegrond en bepaalt dat aan cliënte een bedrag van € 526,33 aan materiële schadevergoeding betaald dient te worden plus de declaratie welke betrekking heeft op het geneesmiddel. Een en ander vermeerderd met

het klachtengeld ten bedrage van € 52,50.

mr. D.F.A. Kikken

Instantie: Geschillencommissie ziekenhuizen

Datum uitspraak: 17-05-2017

Zaaknummer: 109020