

ANNOTATIE

Eén hoofdbehandelaar per behandeling.

mr. M.F. Mooibroek

Annotatie bij Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 25-06-2019, ECLI:NL:TGZCTG:2019:172 (GZR-2019-0173)

Inleiding

1. De vragen of een hulpverlener als hoofdbehandelaar moet worden beschouwd en zo ja, welke verantwoordelijkheden daar dan bij horen, komen met enige regelmaat aan de orde in tuchtrechtelijke procedures. In de in deze bijdrage te bespreken casus stond vooral de vraag centraal wie voor verschillende afzonderlijke trajecten binnen een behandeling als hoofdbehandelaar gold. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) benadrukt dat ten aanzien van een behandeling steeds maar sprake is van één hoofdbehandelaar.

2. Bij vraagstukken omtrent hoofdbehandelaarschap is vaak sprake van verschillende trajecten die zich naast elkaar afspelen. Zo ook in deze casus. Klaagster was epilepsiepatiënte. Zij was naar een expertisecentrum voor epileptologie en slaapgeneeskunde verwezen, onder meer om te laten beoordelen of epilepsiechirurgie bij haar een optie zou zijn. In dat verband speelden zich drie trajecten af:

(i) een traject bij een 'prechirurgische werkgroep', bestaande uit diverse specialisten van diverse disciplines, die uitgebreide onderzoeken deed of klaagster in aanmerking zou kunnen komen voor epilepsiechirurgie;

(ii) een traject in het ziekenhuis, waar een chirurgisch team de operatie uitvoerde;

(iii) een traject preoperatief en postoperatief. Verweerster, neuroloog, maakte alleen deel uit

van dit traject.

3. Dit laatste traject had niet alleen betrekking op de behandeling van klaagster voor epilepsie, maar ook op psychische problematiek. Verweerster vroeg in verband met dat laatste, op aanvragen van de prechirurgische werkgroep, een neuropsycholoog die tevens werkzaam was bij het expertisecentrum, een neuropsychologisch onderzoek (NPO) bij klaagster te verrichten en klaagster te begeleiden rondom het prechirurgische traject. Nadat klaagster was geopereerd, toonde zij zich in het postoperatieve traject emotioneel ontregeld en werd zij voor psychologische nazorg twee keer opgenomen in het expertisecentrum. De neuropsycholoog verwees klaagster na afloop van beide opnames naar de eerstelijnszorg. Ondanks dat van het NPO melding werd gemaakt in het dossier, was verweerster later gebleken dat dit niet was verricht.

4. Een complicerende factor was dat klaagster voor haar psychische problematiek ook in behandeling was bij een GGZ-instelling. Aanvankelijk bleef het verstrekken van aldaar (met toestemming van klaagster) opgevraagde informatie uit. Klaagster uitte wat deze psychische problematiek betreft bij verweerster en de neuropsycholoog ook geen hulpvragen. Verweerster vond het daarom lastig om grip te krijgen op wat klaagster aan hulpverlening nodig had. Verweerster vermoedde dat klaagster een autistiforme stoornis had. Klaagster vertelde dat de GGZ-instelling pas nadere diagnostiek zou verrichten na de operatie, hetgeen ook bleek uit de uiteindelijk ontvangen informatie van de GGZ-instelling.

Wanneer is een hulpverlener hoofdbehandelaar?

5. In deze tuchtprocedure verwijt klaagster verweerster dat zij tekort was geschoten in de informatieverstrekking doordat zij 'ervan op de hoogte was' dat klaagster 'lijdt aan een pervasieve ontwikkelingsstoornis', maar dat aan klaagster niet heeft laten weten. Bovendien zou verweerster geen goede nazorg hebben geleverd omdat klaagster uit het ziekenhuis ontslagen was zonder behandeling door een (neuro)psycholoog. Klaagster verwijt verweerster ook dat het door verweerster aangevraagde NPO niet heeft plaatsgevonden. Ten aanzien van deze laatste twee klachtonderdelen verdedigde verweerster zich met de stelling dat niet zij maar de prechirurgische werkgroep verantwoordelijk was. Van die werkgroep maakte zij geen deel uit waardoor zij geen (volledig) zicht had op het verloop van dat traject. Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Eindhoven (RTG) en in beroep het CTG dienden zich daarom uit te laten over de vraag of verweerster hoofdbehandelaar was van (alleen) het derde traject, of ook van het eerste traject. Om de beslissingen van het RTG en het CTG (beter) te kunnen begrijpen, komt hierna eerst het juridisch kader omtrent hoofdbehandelaarschap aan de orde.

6. In de tuchtrechtspraak is uitgemaakt welke taken op de hoofdbehandelaar rusten. De taken vloeien ook voort uit de Handleiding verantwoordelijkheidsverdeling van de KNMG.[1] Volgens het CTG is de hoofdbehandelaar, naast de zorg die hij als zorgverlener dient te leveren, belast met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. Die regie houdt onder meer in dat de hoofdbehandelaar ervoor zorgdraagt dat de verrichtingen van allen die beroepshalve bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen – op elkaar zijn afgestemd en zijn gecoördineerd. De hoofdbehandelaar dient ook het centrale aanspreekpunt te zijn, zowel voor de overige betrokken zorgverleners als voor de patiënt en diens naaste betrekkingen.[2] De verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar gaat volgens het CTG echter niet zo ver dat hij een verantwoordelijkheid heeft voor verrichtingen van behandelaars buiten het terrein van zijn specialisme.[3]

7. Specifiek gaat het er volgens het CTG bij regievoering om dat de hoofdbehandelaar:[4]

(a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden schept waaronder de behandeling verantwoord kan worden uitgevoerd;

(b) de betrokken zorgverleners in staat stelt een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de patiënt;

(c) in de mate die van hem beroepsmatig mag worden verwacht alert is op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten laat informeren door de specialisten van de andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de patiënt vereist is;

(d) toetst of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft gezorgd dat de bij de verschillende zorgverleners ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;

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

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

8. Met bovengenoemde uitwerking van het takenpakket van de hoofdbehandelaar is niet alles gezegd. Daarmee valt namelijk niet zonder meer aan te wijzen wie in een bepaald

feitencomplex ook daadwerkelijk hoofdbehandelaar is. De bevoegdheid om een bepaalde hulpverlener al dan niet als hoofdbehandelaar aan te merken is nergens geregeld en lijkt vooral een organisatorische aangelegenheid binnen een instelling. Dat roept, bijvoorbeeld, de vraag op hoe de hoofdbehandelaar wordt bepaald indien een patiënt voor andersoortige maar met elkaar verweven aandoeningen, overlappende behandelingen volgt bij verschillende instellingen. Voorstelbaar is dat de zorgverleners van die instellingen zich ieder voor zich als hoofdbehandelaar beschouwen, terwijl de behandelingen dermate met elkaar verweven zijn dat er wellicht maar één algemene hoofdbehandelaar zou moeten zijn. Meer in het algemeen kunnen grote praktische problemen ontstaan als een hulpverlener hoofdbehandelaar wordt gemaakt voor behandelingen die zien op andersoortige aandoeningen dan waartoe zijn deskundigheid strekt of voor behandelingen die zich geheel aan zijn zicht onttrekken.[5] De (tucht)rechtspraak biedt hiervoor geen aanknopingspunten en de praktijk lijkt weerbarstig.

CTG: twee trajecten, één behandeling, één hoofdbehandelaar

9. Uit het hiervoor onder 2 en 3 samengevatte feitencomplex blijkt dat ook in de voorliggende casus sprake was van andersoortige aandoeningen die met elkaar verweven waren. Enerzijds de epilepsie van klaagster, die de primaire aanleiding vormde dat zij bij verweerster in behandeling was. Anderzijds de psychische aandoening van klaagster, die verweerster in het preoperatieve traject had laten onderzoeken en in het postoperatieve traject opspeelde alsook waarvoor klaagster al in behandeling was bij een GGZ-instelling. De behandelingen voor de psychische aandoening lijken een overlap te hebben gehad, hetgeen ook volgt uit het feit dat verweerster informatie had opgevraagd bij de GGZ-instelling. In die situatie kan dus, zoals hiervoor toegelicht, de vraag worden gesteld wie ter zake dan als hoofdbehandelaar had (behoren) te gelden: verweerster, de betrokken neuropsycholoog of een hulpverlener bij de GGZ-instelling? Dit perspectief laten de tuchtcolleges onbehandeld, wellicht ook omdat behandeling van de klacht hiertoe strikt genomen niet noopte.

10. De tuchtcolleges focussen zich op de vraag of verweerster (ook) hoofdbehandelaar was ten aanzien van het prechirurgische traject. Het RTG beantwoordt die vraag negatief. Verweerster maakte immers geen deel uit van de prechirurgische werkgroep, noch had zij er (volledig) zicht op hoe dat traject precies verliep. Vanuit de gedachte dat het begrip 'hoofdbehandelaar' niet al te ver opgerekt dient te worden, is deze gedachte begrijpelijk. Een hoofdbehandelaar moet immers in staat zijn om daadwerkelijk regie te houden en dat lukt niet als hij niet of slechts indirect betrokken is bij een traject. Volgens deze gedachtegang is dan wel de vraag wie de hoofdbehandelaar in het traject van de prechirurgische werkgroep zou moeten zijn geweest. Uit de in de uitspraak omschreven feiten van de casus kan dat niet zonder meer worden opgemaakt.

11. Het CTG komt echter tot een andere conclusie, waarbij het vooropstelt dat de prechirurgische werkgroep een advies geeft. De werkgroep heeft dus, zo volgt hieruit, als *consulent* gefungeerd. Er kan immers maar één hoofdbehandelaar per behandeling zijn, aldus het CTG. Hieraan ten grondslag ligt de veronderstelling dat het traject van de prechirurgische werkgroep en het traject waarvoor verweerster verantwoordelijk was, feitelijk maar (onderdeel van) één behandeling was. De Handleiding verantwoordelijkheidsverdeling van de KNMG schrijft in lijn hiermee ook voor: zo mogelijk taken in één hand (c.q. bij één zorgverlener). Op die manier wordt duidelijkheid geschapen voor de patiënt.

12. Dat de personen in de werkgroep als consulenten en niet als medebehandelaars hebben gehandeld, heeft overigens verstrekende gevolgen voor de verantwoordelijkheid van hen en van verweerster jegens klaagster. De consulent staat immers enkel in relatie tot de behandelend arts en heeft geen zelfstandige verantwoordelijkheid ten opzichte van de patiënt. Dit betekent dat belangrijke verplichtingen jegens de patiënt uit de behandelovereenkomst, zoals de informatieverplichting, enkel op de behandelend arts rusten. De behandelend arts dient dan zelf te beslissen welke informatie met de patiënt wel of niet wordt gedeeld (hetgeen vanzelfsprekend niet betekent dat de consulent op geen enkele wijze aansprakelijk zou kunnen worden gehouden voor eventuele fouten).[6] Met het voorgaande als uitgangspunt komt het CTG tot het feitelijke oordeel dat verweerster niet tekortgeschoten is in haar verplichtingen als hoofdbehandelaar, hetgeen in het licht van de geldende criteria met verantwoordelijkheden mijns inziens verder geen vragen oproept.

De alleenstaande hoofdbehandelaar bij verschillende trajecten

13. Wel kunnen nadere vragen worden gesteld bij de algemeenheid waarmee het CTG zijn overweging heeft vormgegeven. De overweging dat per behandeling maar sprake kan zijn van één hoofdbehandelaar is weliswaar logisch, maar onduidelijk is of zij in alle situaties opgaat. Er zijn situaties denkbaar dat per behandeling wel degelijk sprake is van een noodzaak tot twee hoofdbehandelaars, namelijk als bij één patiënt sprake is van twee of meer los van elkaar staande aandoeningen en de patiënt in verband daarmee twee of meerdere trajecten volgt, die mogelijk echter wel op elkaar ingrijpen. Diverse instellingen hanteren protocollen waarin er rekening mee wordt gehouden dat in voorkomende gevallen sprake kan zijn van twee hoofdbehandelaars. De gedachte hierachter is dan dat de alleenstaande hoofdbehandelaar niet geheel zicht heeft en kan hebben op meerdere, op elkaar ingrijpende trajecten die vanuit verschillende aandoeningen van de patiënt zijn ingezet. Zie ook onder 8 en 9 hiervoor. Tegengeworpen kan natuurlijk worden dat bij verschillende trajecten feitelijk ook sprake is van verschillende behandelingen, en dus dat de regel van één hoofdbehandelaar per behandeling nog steeds opgaat.[7] Het is echter de vraag of dit wel zo praktisch is als die trajecten/behandelingen nauw met elkaar verweven zijn en of voor de patiënt en overige

hulpverleners dan duidelijk is wie de regie voert en wie het centrale aanspreekpunt is. Hoofdbehandelaarschap blijft (daarmee) lastige problematiek.

mr. M.F. Mooibroek

Noten

[1] Versie 26 januari 2010, raadpleegbaar via www.knmg.nl.

[2] Zie onder meer CTG 1 april 2008, *Gezondheidszorg Jurisprudentie* 2008, 83 en CTG 14 augustus 2018, ECLI:NL:TGZCTG:2018:235.

[3] CTG 25 januari 2007, *Gezondheidszorg Jurisprudentie* 2007, 44.

[4] CTG 11 december 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:328.

[5] Zie ook A.C. Hendriks, 'Wat houdt hoofdbehandelaarschap in – en niet in?', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2018, 162.

[6] Zie onder meer T. Vansweevelt, *De civielrechtelijke aansprakelijkheid van de geneesheer en het ziekenhuis*, Antwerpen-Apeldoorn/Brussel: Maklu/Bruylant 1997, p. 268, 620 e.v.

[7] Vgl. RTG Zwolle 17 april 2015, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:40.