

Nieuwsbrief GZR Updates - Nummer 22, 2014

Nummer 22, 2014

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

INHOUDSOPGAVE

Hoge Raad

[Hoge Raad, ECLI:NL:HR:2014:2991](#) 17-10-2014

Stichting Gezondheidscentra Eindhoven e.o./directeur

Hof

[Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, ECLI:NL:GHARL:2014:8066](#) 21-10-2014

Tandartspraktijk/Tandartsassistente

[Gerechtshof 's-Hertogenbosch, ECLI:NL:GHSHE:2014:4240](#) 14-10-2014

Kempenhaeghe/neuroloog

Rechtbank

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2014:13243](#) 30-10-2014

OM/X

[Rechtbank Gelderland, ECLI:NL:RBGEL:2014:6478](#) 14-10-2014

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RDHA:2014:12094](#) 12-09-2014

Apotheek X/Menzis

Raad van State

[Raad van State, ECLI:NL:RVS:2014:3649](#) 08-10-2014

Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland/Zuid-Holland

College van Beroep voor het bedrijfsleven

[College van Beroep voor het bedrijfsleven, ECLI:NL:CBB:2014:385](#) 09-10-2014

Ziekenhuisgroep Twente/NZa ii

[College van Beroep voor het bedrijfsleven, ECLI:NL:CBB:2014:373](#) 01-10-2014

Multidag/NZa

[College van Beroep voor het bedrijfsleven, ECLI:NL:CBB:2014:376](#) 01-10-2014

Drechtsteden/NZa

Tuchtcolleges

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

[ECLI:NL:TGZRSGR:2014:99](#) 28-10-2014

IGZ/Cardiologen Ruwaard van Putten Ziekenhuis

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

[ECLI:NL:TGZRAMS:2014:101](#) 28-10-2014

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZREIN:2014:86](#) 23-10-2014

IGZ/X

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

[ECLI:NL:TGZREIN:2014:87](#) 23-10-2014

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZRAMS:2014:94](#) 14-10-2014

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZREIN:2014:82](#) 13-10-2014

X/Y

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

[ECLI:NL:TGZREIN:2014:84](#) 13-10-2014

X/Y

Uitspraken zonder ECLI

[Rechtbank Gelderland](#) 23-10-2013

X/Y

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam](#) 14-10-2014

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

Annotatie

[Aanbesteding Wmo 2015: tweede ronde, nieuw slagveld?](#)

D. Radder

Annotatie

[Waarmee rekening te houden bij het uitbrengen van medisch advies en deskundigenrapport?](#)

mr. A.C. de Die en A. Hielkema

RECHTSPRAAK

OM/X

De Rechtbank Den Haag heeft de 'borstendokter' van de Citykliniek te Den Haag vrijgesproken. De arts was mishandeling en oplichting ten laste gelegd. De arts komt volgens de rechtbank een beroep toe op de medische exceptie, waardoor de wederrechtelijkheid aan zijn handelen is komen te ontvallen. Mishandeling kan dan ook niet worden bewezen. Ook acht de rechtbank niet bewezen dat de arts, door zich voor te doen als plastisch chirurg, de patiënten had bewogen tot afgifte van geldbedragen, waarmee de oplichting niet is komen vast te staan.

De onderhavige procedure ziet op een strafvervolgning van een arts, destijds werkzaam in de Citykliniek te Den Haag. Het Openbaar Ministerie (OM) is de vervolging gestart naar aanleiding van de sluiting van de kliniek door de Inspectie van de Gezondheidszorg in verband met het ontbreken van verantwoorde zorg en een oproep van het OM zelf aan patiënten om zich te melden zo zij klachten hadden over een in de Citykliniek ondergane behandeling. De arts is op 16 november 2010 aangehouden.

Het OM heeft de arts primair ten laste gelegd dat hij tien patiënten heeft mishandeld door (plastische en/of cosmetische) chirurgische/medische ingrepen uit te voeren, waarbij door de arts niet is gehandeld in overeenstemming met de professionele standaard. Er zou geen geschikte operatiekamer zijn, er zou sprake zijn van onvoldoende reiniging en desinfectie en er waren onvoldoende middelen en mankracht. Voorts zou een goede dossiervoering ontbreken en waren de patiënten niet goed geïnformeerd. Bij de borstvergrotingen van de patiënten zou gewerkt zijn met apparatuur zonder CE-markering, voor het uitvoeren van de liposucties zou het aan ervaring hebben ontbroken en ook de nazorg zou ver onder de maat zijn. Bij de patiënten is door de handelwijze van de arts (ernstig) letsel ontstaan. Subsidiair is ten laste gelegd dat de arts aldus doende (telkens) roekeloos, in elk geval, grovelijk, althans aanmerkelijk onvoorzichtig en/of onachtzaam en/of nalatig heeft gehandeld en/of nalatig is geweest.

Het OM heeft de arts voorts oplichting ten laste gelegd. De arts zou zich hebben uitgegeven voor een volledig bevoegd en/of bekwaam chirurg en/of plastisch chirurg en/of borstchirurg en in die hoedanigheid de patiënten hebben bewogen tot het betalen voor de ingrepen. De rechtbank heeft bij de beoordeling vooropgesteld dat zij zich heeft gebaseerd op het strafdossier waarvan het IGZ-dossier geen deel uitmaakt. Ook zijn niet alle patiëntendossiers aan het dossier toegevoegd.

De rechtbank heeft vervolgens de ontvankelijkheid van de officieren van justitie beoordeeld. Deze beoordeling bleek noodzakelijk omdat de verdediging primair heeft aangevoerd dat de vervolging van de arts in strijd is met het ne-bis-in-idembeginsel, omdat ook de procedure bij de tuchtrechter als een *criminal charge* is te beschouwen en in deze procedure over hetzelfde feit is geoordeeld. Subsidiair meent zij dat sprake is van een schending van de beginselen van een goede procesorde, in het bijzonder van schending van het beginsel van een behoorlijke belangenafweging, aangezien een strafzaak – gelet op de gevolgen van de tuchtzaak voor de arts – niets meer toevoegt, en daarnaast van schending van het vertrouwensbeginsel, omdat verdachte erop mocht vertrouwen dat slechts één punitieve bevoegdheid zou worden uitgeoefend.

Meer subsidiair acht de verdediging onherstelbare vormverzuimen als bedoeld in artikel 359a van het Wetboek van Strafvordering aanwezig, te weten in het media-optreden van het OM, de schending van het verschoningsrecht van de arts, de disproportionele aanhouding van de arts en de inhoud van de sepotbeslissingen, zoals verwoord aan enkele aangeefsters.

De rechtbank heeft naar aanleiding van deze standpunten en het verweer van het OM daartegen overwogen dat onder het begrip 'vervolging' als bedoeld in artikel 68 Sr – naast het door het OM betrekken van de rechter in een strafzaak en het opleggen van een strafbeschikking – ook een *criminal charge* zoals genoemd in de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) over artikel 6 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) moet worden verstaan. Aldus behoeft beoordeling of een tuchtprocedure een *criminal charge* is. De rechtbank komt vervolgens tot de conclusie dat de tuchtprocedure niet kan worden aangemerkt als een *criminal charge* in de zin van artikel 6 van het EVRM. Daarnaast merkt de rechtbank op dat – ook indien wel sprake zou zijn van een *criminal charge* – er bovendien geen sprake is van hetzelfde feit. Het rechtsgoed dat het tuchtrecht beoogt te beschermen is immers de kwaliteit van de zorgverlening, terwijl de betrokken strafrechtelijke bepaling de lichamelijke integriteit van de specifiek in de tenlastelegging opgenomen personen beoogt te waarborgen. Bovendien kan in de strafzaak een jarenlange gevangenisstraf worden opgelegd, terwijl in de tuchtrechtelijke procedure maximaal 'slechts' een doorhaling van de inschrijving in het BIG-register kan worden uitgesproken. De rechtbank heeft deze juridische invulling van de aard van het 'feit', gelet op

zowel het beschermde belang als de strafbedreiging, dan ook dermate verschillend geacht dat geen sprake is van een vervolging voor hetzelfde feit.

Ook de andere standpunten van de verdediging heeft de rechtbank verworpen. Van belang is nog dat de rechtbank het gebruik van de media niet onredelijk is voorgekomen en niet tot een vormverzuim heeft geleid. Ook is geen sprake van schending van het verschoningsrecht van de arts, integendeel, aldus de rechtbank.

De rechtbank heeft haar beoordeling vervolgd met een beoordeling van het bewijs ten aanzien van feit 1.

Zij heeft daarbij overwogen dat het met betrekking tot feit 1 de vraag is of er een causaal verband is tussen de gedragingen van de arts en het in de tenlastelegging genoemde letsel bij de verschillende aangeefsters en, zo ja, of de arts een beroep kan doen op de medische exceptie of dat hem dat beroep niet toekomt vanwege de in de tenlastelegging genoemde gebreken. Ten slotte rest de vraag – als een beroep op de medische exceptie niet slaagt – of de arts op het toebrengen van het letsel dan wel het benadelen van de gezondheid van de aangeefsters (voorwaardelijk) opzet heeft gehad of subsidiair dat het letsel aan zijn grove schuld te wijten is.

De rechtbank heeft de vraag naar het causaal verband bevestigend beantwoord. De rechtbank is op grond van het dossier van oordeel dat genoegzaam de conclusie kan worden getrokken dat nagenoeg elk in de tenlastelegging beschreven letsel het gevolg is van een door de arts verrichte operatie.

Ten aanzien van een mogelijk beroep op de medische exceptie heeft de rechtbank vervolgens vooropgesteld dat volgens vaste rechtspraak een arts, indien hij wordt vervolgd wegens het toebrengen van pijn of (zwaar) lichamelijk letsel, zich kan beroepen op de medische exceptie indien hij in zijn hoedanigheid van arts in het belang van zijn patiënt een medische ingreep heeft verricht. Indien een arts een beroep op de medische exceptie toekomt, heeft hij niet wederrechtelijk en dus niet strafbaar gehandeld. Aan de medische exceptie worden de volgende eisen gesteld:

- (1) de handeling is medisch geïndiceerd met het oog op een concreet behandelingsdoel;
- (2) de handeling wordt volgens de regelen der kunst verricht;
- (3) de handeling wordt met toestemming van de betrokkene uitgevoerd.

Tegen de achtergrond van dit wettelijk kader heeft de rechtbank vervolgens beoordeeld welke individuele verwijten de arts gemaakt kunnen worden. De rechtbank heeft daarbij de

verwijten ten aanzien van de operatiekamer beoordeeld, het ontbreken van een luchtbehandelingssysteem en sluis, de mate van reiniging en desinfectie, het gebruik van bevoegd en/of bekwaam assisterend (anesthesie)personeel, de wijze van anesthesie (sedatie), de statusvoering en verslaglegging, de informatieverstrekking, de wijze van presentatie door de arts (als plastisch en/of cosmetisch chirurg), de medische uitvoering, de bekwaamheid en de nazorg.

De rechtbank heeft vervolgens geconcludeerd dat aan de arts een beroep toekomt op de medische exceptie. De behandelingen waren medisch geïndiceerd en hadden een concreet behandelingsdoel. De patiënten hadden de wens geopereerd te worden en hebben daartoe een informed consent formulier getekend. Het is de rechtbank niet gebleken dat de patiënten onjuist zouden zijn geïnformeerd. De toestemming die door de patiënten is gegeven betreft een behandeling die de arts als cosmetisch arts bevoegd was om uit te voeren. Aan de vereisten onder (1) en (3) is dus voldaan. Ook aan het vereiste onder (2) is voldaan. De rechtbank heeft weliswaar geoordeeld dat de arts een aantal verwijten kan worden gemaakt ten aanzien van de kliniekvoering en de nazorg, doch zij heeft deze verwijten niet zodanig zwaarwegend geacht dat de arts een beroep op de medische exceptie moet worden ontzegd.

Dit brengt met zich dat de medische ingrepen bij de tien in de tenlastelegging genoemde personen volgens de rechtbank niet wederrechtelijk is verricht. De arts moet volgens de rechtbank dan ook van het onder (1) ten laste gelegde in beide varianten worden vrijgesproken.

De rechtbank heeft haar beoordeling vervolgd met een beoordeling van het bewijs ten aanzien van feit (2).

Daarbij stond de vraag centraal of de arts zich schuldig heeft gemaakt aan oplichting door zich – kort gezegd – voor te stellen als chirurg, plastisch chirurg of borstchirurg en/of zich op een website de Citykliniek te presenteren als een chirurgisch centrum. De rechtbank heeft deze vraag ontkennend beantwoord. Naar haar oordeel heeft het aan wettig en overtuigend bewijs ontbroken dat verdachte zich tegenover de in de tenlastelegging genoemde personen heeft voorgedaan als ‘chirurg’, ‘plastisch chirurg’ en/of ‘borstchirurg’.

De rechtbank heeft in dat verband voorts overwogen dat de afzonderlijk door de Wet BIG erkende specialistentitel *chirurg* aan artsen met de betreffende titel is voorbehouden. Ingevolge artikel 17 tweede lid Wet BIG is het degene wie het recht tot het voeren van een krachtens deze wet erkende specialisten-titel niet toekomt op grond van het eerste lid, verboden deze titel of een daarop gelijkende benaming te voeren. De arts, die een arts, maar geen chirurg was, mocht dan ook die titel niet voeren. Bij gebreke van een chirurg was ook de

vermelding over meerdere 'chirurgen' op de website van de Citykliniek onjuist. De rechtbank heeft echter niet wettig en overtuigend bewezen geacht dat de patiënten zijn bewogen tot afgifte van geldbedragen aan de arts juist doordat zij meenden dat de arts meer dan een cosmetisch arts en wel een chirurg was.

De arts is daarom ook van dit feit vrijgesproken.

Een en ander heeft tot gevolg gehad dat ook de vorderingen van de patiënten niet konden worden toegewezen; zij zijn niet-ontvankelijk.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 30-10-2014

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2014:13243

Zaaknummer: 09/758781-09

Advocaten: C.W. Noorduyt

Wetsartikelen: 300 Sr en 326 Sr

RECHTSPRAAK

X/Y

Huisarts wordt verweten een onjuiste diagnose te hebben gesteld, verkeerde medicatie te hebben voorgeschreven en klaagster niet te hebben doorverwezen. Klacht afgewezen.

Op 15 november 2013 heeft klaagster verweerder, huisarts, geconsulteerd onder meer vanwege buikklachten. Ook heeft klaagster verweerder meegedeeld dat sprake was van vaginaal bloedverlies. Op 3 december 2013 heeft klaagster verweerder nogmaals bezocht. Op 9 december 2013 heeft klaagster naar de praktijk gebeld en heeft verweerder klaagster doorverwezen naar een internist. Op 12 december 2013 heeft klaagster een internist bezocht, waarna zij op 13 december 2013 is geopereerd aan een buitenbaarmoederlijke zwangerschap.

Het college overweegt als volgt.

Bij het consult van 15 november 2013 heeft verweerder met klaagster haar klachten besproken en gynaecologisch onderzoek verricht. Naar het oordeel van het college heeft verweerder de klachten adequaat besproken en het onderzoek naar behoren verricht. Verweerder constateerde geen gynaecologische afwijkingen en evenmin prikkeling van het buikvlies. Verweerder mocht op grond van wat klaagster hem meedeelde en op grond van het door hem verrichte onderzoek redelijkerwijze tot de conclusie komen dat haar klachten geduid konden worden als dikke darm-problematiek, ook gegeven het feit dat bij klaagster sprake was van vaginaal bloedverlies, hetgeen ook te maken kon hebben met het spiraaltje van klaagster. Dat deze diagnose achteraf niet juist bleek te zijn kan verweerder tuchtrechtelijk niet worden verweten. Over het consult van 3 december 2013 lopen de verklaringen van partijen uiteen. Volgens klaagster heeft zij verweerder meegedeeld dat zij meer bloedverlies had, volgens verweerder heeft zij dit niet gedaan. Nu er geen andere verklaringen en/of bewijsmiddelen zijn, kan het college er niet van uitgaan dat verweerder ermee bekend was dat nog steeds sprake was van bloedverlies. Dat brengt met zich dat het college het begrijpelijk acht dat verweerder bij dit consult heeft vastgehouden aan zijn eerdere diagnose en klaagster daarom Movicolon heeft voorgeschreven. Wel moet het college constateren dat de dossiervoering door verweerder zorgvuldiger had gekund – zo heeft hij de anamnese niet (volledig) opgeschreven;

dit geldt eveneens voor het consult van 15 november 2013. Nu blijkt dat klachtonderdelen 1 en 2 ongegrond zijn, brengt dat met zich dat verweerder niet kan worden verweten dat hij klaagster niet eerder heeft doorverwezen, zodat ook klachtonderdeel 3 ongegrond is. Het college heeft er begrip voor dat klaagster (enorm) geschrokken is van wat haar overkomen is, maar dit kan niet tot gegrondbevinding van de klachtonderdelen leiden. Gebleken is dat verweerder op 23 december 2013 telefonisch contact heeft opgenomen met klaagster, dus tien dagen na de operatie. Het college oordeelt dat het op de weg van verweerder had gelegen eerder contact met klaagster te zoeken. Het was hem immers op de dag van de operatie al duidelijk geworden dat hij op het verkeerde spoor had gezeten, waardoor klaagster met spoed een operatie heeft moeten ondergaan. De verklaring ter zitting van verweerder dat de drukte in de praktijk hem belette eerder contact te zoeken met zijn patiënte, is geen excuus hiervoor. Verweerders handelen had hier dus beter gekund, maar dit verwijt levert geen tuchtrechtelijk laakbaar handelen op.

Het college wijst de klacht af.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 28-10-2014

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2014:101

Zaaknummer: 2013/482

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

IGZ/Cardiologen Ruwaard van Putten Ziekenhuis

Klacht van de IGZ tegen drie leden van de maatschap cardiologie van het Ruwaard van Putten Ziekenhuis betreffende het collectieve falen van de maatschap op het gebied van organisatie van zorg, functioneren van de maatschap en de wijze waarop aan patiënten cardiologische zorg werd verleend. De IGZ verwijt de cardiologen daarnaast individueel dat er sprake was van onvoldoende verantwoordelijkheidstoebedeling, onvoldoende continuïteit van zorg, onvoldoende communicatie en dossiervorming, onvoldoende professionaliteit van het diagnostisch en therapeutisch handelen en een tekortschietend kwaliteitsbeleid rondom het levenseinde van cardiologische patiënten. Berisping.

De feiten in het kort. B was sinds 1991 als cardioloog werkzaam binnen de maatschap cardiologie in het ziekenhuis. A, C en D maakten ook onderdeel uit van de maatschap. A was tevens voorzitter van de maatschap. Binnen de maatschap was een verdeling gemaakt van de werkzaamheden. De hoofdtaken van A en B waren het verrichten van poliklinische werkzaamheden en het behartigen van poliklinische beleidszaken. Daarnaast was A als voorzitter van de maatschap aanspreekpunt. De hoofdtak van arts C was het verrichten van afdelingswerkzaamheden, inclusief de afdelingsbeleidszaken, waaronder het bijhouden van de protocollen. Sinds 2007 was F als arts-assistent werkzaam op de afdeling cardiologie. F maakte geen deel uit van de maatschap, maar was in dienst van het ziekenhuis.

In november 2011 heeft de RvB van het ziekenhuis naar aanleiding van het hoge sterftecijfer (verder: SMR) 2010 besloten dossieronderzoek te laten verrichten. De RvB heeft extern onderzoeksbureau Medirede opdracht gegeven dossiers van specifiek geselecteerde patiënten met de diagnose hartfalen en acuut myocard infarct (verder: AMI), overleden in 2010, te onderzoeken. Door Medirede werden 51 dossiers onderzocht van patiënten die in 2010 in het ziekenhuis zijn overleden en die vallen onder de diagnosegroepen AMI en hartfalen. Deze

dossiers werden onderzocht op onbedoelde potentieel vermijdbare medische schade. Naar aanleiding van het hoge SMR van het ziekenhuis en het achterwege blijven van calamiteitenmeldingen bij de IGZ heeft de IGZ op 11 juni 2012 een gesprek met de RvB en de voorzitter van de Veiligheidscommissie Patiëntenzorg van het ziekenhuis gevoerd.

Op 22 augustus 2012 bracht de IGZ een aangekondigd bezoek aan het ziekenhuis, waarbij zij ook de afdeling cardiologie bezocht, en voerde zij gesprekken met verschillende partijen in het ziekenhuis. In augustus 2012 werd door de IGZ een onderzoek naar de kwaliteit van het professioneel cardiologisch handelen (periode 2010-2012) van drie van de vier cardiologen uit de maatschap gestart. Op 26 september 2012 vond een onaangekondigd bezoek van de IGZ aan het ziekenhuis plaats en werd ook de afdeling cardiologie bezocht.

Onderzoeksonderwerpen binnen voornoemde afdeling waren onder meer hoofdbehandelaarschap, dossiervoering, communicatie en gebruik van protocollen. De IGZ concludeerde dat sprake was van ernstige tekortkomingen in de zorg en besprak haar bevindingen met artsen B, A en C en de RvB van het ziekenhuis.

Op 18 oktober 2012 stuurde de IGZ het inspectierapport naar aanleiding van de algemene toezichtbezoeken van 22 augustus en 26 september 2012 aan het ziekenhuis, waarbij de IGZ ten aanzien van de vakgroep cardiologie verbetermaatregelen eist. Artsen B, A en C kregen de gelegenheid om vóór 15 november 2012 een verbeterplan op te stellen en een onderzoek te starten door een externe expert onder verantwoordelijkheid van de RvB van het ziekenhuis. De onderwerpen waarop het plan van aanpak diende te zien waren achtereenvolgens hoofdbehandelaarschap, in- en externe communicatie, structurele evaluatie van zorguitkomsten van de vakgroep cardiologie, dienstregelingen en afspraken binnen de vakgroep, samenwerkingsverbanden met andere vakgroepen cardiologie buiten het ziekenhuis en dossiervoering. Namens de maatschap reageerde arts A (ECLI:NL:TGZRSGR:2014:98) bij brief van 9 november 2012 op de aanbevelingen van het rapport van de IGZ en de door de vakgroep cardiologie genomen verbetermaatregelen. Op 12 november 2012 bracht de IGZ een aangekondigd inspectiebezoek aan het ziekenhuis om te bezien hoe het stond met de voortgang van de verbetermaatregelen binnen de vakgroep cardiologie. Tijdens dit inspectiebezoek verstrekte de voorzitter van de RvB het definitieve rapport van onderzoeksbureau Medirede (Medirede I) aan de IGZ. In het definitieve rapport stond dat bij een aanmerkelijk aantal patiënten niet volgens de regelen der kunst is gehandeld en een te groot aantal mogelijk vermijdbare adverse events waren opgetreden. Ook werd genoemd dat er weinig reflectie was op het eigen functioneren en dat de communicatie te wensen over liet. Op 12 november 2012 concludeerde de IGZ dat de RvB per direct ingrijpende maatregelen diende te treffen om de patiëntveiligheid op de afdeling cardiologie en de cardiologische zorg in het ziekenhuis te kunnen waarborgen. Op 13 november 2012 werd de

verpleegafdeling cardiologie gesloten en een paar dagen later de polikliniek cardiologie. De polikliniek cardiologie werd op 17 december 2012 weer geopend.

De IGZ heeft het ziekenhuis vanaf 14 november 2012 onder verscherpt toezicht gesteld voor een periode van maximaal zes maanden. Op 16 november 2012 maakte de RvB van het ziekenhuis aan de IGZ kenbaar niet langer garant te kunnen staan voor veilige en verantwoorde cardiologische zorg in het ziekenhuis, zolang de cardiologen uit de maatschap nog in het ziekenhuis werkten. Op 19 november 2012 heeft de IGZ een quick scan uitgevoerd van de aan het Medirede I-rapport ten grondslag liggende patiëntendossiers. Op 21 november 2012 legde de IGZ twee bevelen op, inhoudende dat de RvB werd verplicht ervoor zorg te dragen dat de vier cardiologen uit de maatschap met onmiddellijke ingang geen zorg meer in het ziekenhuis mochten verlenen. De beide bevelen werden op 27 november 2012 door de minister van VWS verlengd.

Op 26 november 2012 gaf de IGZ het onderzoeksbureau Medirede opdracht tot het verrichten van dossieronderzoek met betrekking tot dossiers van overleden patiënten op de afdeling cardiologie van januari t/m augustus 2012. In januari 2013 heeft Medirede voor de tweede maal gerapporteerd (Medirede II). Medirede concludeerde dat er een aantal verbeteringen waren, maar dat de verantwoordelijkheidstoedeling vaak niet in het dossier zichtbaar was. Ook was men wel op de hoogte van het protocol palliatieve sedatie maar werd vaker gebruikgemaakt van dormicum/midazolam. De eindverantwoordelijkheid werd soms wel erg gemakkelijk afgeschoven op de arts-assistent, aldus Medirede. De medische administratie en het medisch archief waren niet op orde.

In november en december 2012 ontving de IGZ 44 meldingen van burgers over de door het ziekenhuis verleende zorg. Twintig meldingen hadden betrekking op de verleende cardiologische zorg. De toenmalige gemachtigde van verweerders heeft destijds de NVVC verzocht contra-expertise-onderzoek te verrichten ten aanzien van de door onderzoeksbureau Medirede onderzochte sterfgevallen uit 2010 (Medirede I). De NVVC heeft op haar beurt drie cardiologen opdracht gegeven deze contra-expertise uit te voeren. Voornoemde drie cardiologen hebben op 12 februari 2013 verslag uitgebracht aan de NVVC. Het rapport van de NVVC vermeldde onder meer dat in de beschikbare gegevens onvoldoende aanknopingspunten zijn gevonden om de bevindingen uit het Medirede-rapport tegen te spreken.

Op 24 juni 2013 is het ziekenhuis in staat van faillissement verklaard. Diezelfde dag werd het bevel met betrekking tot arts B, arts A en arts C opgeheven. Op 12 september 2013 vonden individuele gesprekken plaats tussen de IGZ en artsen B, A en C, zodat zij hun visie op het concept-rapport konden geven. Het rapport IGZ is definitief vastgesteld op 22 oktober 2013.

Dit rapport vermeldt onder meer dat de zorg die door de cardiologische maatschap over de periode 2010/2012 is verleend, onvoldoende is. Er is door B, A en C niet volgens de professionele standaard gewerkt, waardoor patiënten onnodig risico's liepen.

Op 17 september 2013 heeft de Commissie Danner, die in opdracht van de RvB van het ziekenhuis onderzoek heeft verricht, haar onderzoeksresultaten op basis van dossieronderzoek betreffende alle overleden patiënten in de periode 1 januari 2010 tot en met 30 november 2012 in het ziekenhuis gepresenteerd. Als conclusie en aanbevelingen vermeldt het rapport Danner onder andere dat kan worden geconcludeerd dat de behandelaars in de zorgverlening rondom het levenseinde steken lieten vallen. Zowel wat betreft de medisch-technische aspecten als de administratieve aspecten waren er duidelijke onvolkomenheden en onzorgvuldigheden. De kwaliteit van de medische dossiers bleek, een enkele uitzondering daargelaten, zeer matig. Daarnaast geeft het rapport Danner een aantal aanbevelingen.

Op 3 december 2013 heeft de Onderzoeksraad voor Veiligheid een rapport uitgebracht (het rapport van de Onderzoeksraad), waarin onder meer stond dat de cardiologen als groep weinig reflecteerden op het eigen handelen. De Onderzoeksraad constateerde ook op organisatieniveau van het ziekenhuis verstoorde verhoudingen tussen medische staf en management en een sterke focus op productie. Mede hierdoor waren de medisch specialisten en de raad van bestuur van het ziekenhuis met elkaar in een patstelling geraakt.

Het college stelt bij de beoordeling van de klachten het volgende voorop. De IGZ stelt uitdrukkelijk dat zij de maten aanklaagt voor het collectieve falen van de maatschap, oftewel: de falende organisatie van de maatschap, waarvoor de desbetreffende maten individueel verantwoordelijk worden gehouden, ligt in deze tuchtprocedure ter beoordeling voor en niet het individuele handelen van een individuele cardioloog in bepaalde patiëntendossiers. Dit verwijt valt aldus niet onder de reikwijdte van de eerste tuchtnorm. Deze bepaling ziet immers op de individuele zorgrelatie, de directe relatie met de individuele patiënt. Een individuele, directe zorgrelatie heeft de IGZ bewust niet aan haar klacht ten grondslag gelegd. Een dergelijke zorgrelatie kan het college evenmin ambtshalve onderzoeken, nu de IGZ daartoe onvoldoende heeft gesteld. Het 'ter illustratie' overleggen van twaalf dossiers, zonder concrete toelichting en/of onderbouwing door klager van wat in deze individuele dossiers aan verweerder wordt verweten, kan niet als zodanig gelden. Niet alleen is op basis hiervan niet duidelijk wat de concrete verwijten zijn in de individuele patiëntendossiers, maar ook worden de verweerders op deze manier onvoldoende in de gelegenheid gesteld om zich daartegen op een behoorlijke manier te verweren. De IGZ stelt nog dat het niet mogelijk is om de binnen de maatschap verleende cardiologische zorg tot één persoon te herleiden. Dit staat naar het oordeel van het college geenszins vast, althans met enige vasthoudendheid zou de IGZ een heel eind zijn gekomen. Weliswaar is in een aantal dossiers discussie over de vraag wie

hoofdbehandelaar was, maar niet, althans nauwelijks, over de vraag welke cardioloog (mede) betrokken was bij de zorg van de individuele patiënt. Het college onderzoekt vervolgens ambtshalve of de klacht onder de tweede tuchtnorm zou kunnen vallen. De tweede tuchtnorm betreft gedragingen die niet door de eerste tuchtnorm worden bestreken, maar die – ook al is geen sprake van een directe, rechtstreekse relatie met een bepaalde patiënt – niettemin in strijd kunnen zijn met het algemeen belang gelegen in de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Het gaat bij de tweede tuchtnorm om de vraag of sprake is van enig ander handelen of nalaten als cardioloog in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. De stellingen van de IGZ wijzen duidelijk in die richting, aangezien zij stelt dat er sprake was van een cardiologenmaatschap die haar zaakjes niet op orde had, waardoor tekortkomingen in de individuele zorgverlening ontstonden. De verweerders in de drie samenhangende zaken worden hiervoor individueel verantwoordelijk gehouden.

Anders dan B betoogt, gaat de IGZ blijkens het voorgaande wél uit van individuele verantwoordelijkheid van ieder van de aangeklaagde cardiologen. Zij verwijt iedere cardioloog immers dat er tekortkomingen in de individuele zorg ontstonden doordat de maatschap, waarvoor zij verantwoordelijk zijn, niet goed was georganiseerd en functioneerde. Zonder aanwijzingen van het tegendeel – deze zijn gesteld noch gebleken – kan een arts in een artsenaatschap, aldus het college, worden aangesproken op voormelde aspecten, die zijn arts-zijn raken. Voorts merkt het college op dat het in de onderhavige procedure niet gaat om de vraag of ook anderen ter zake een verwijt gemaakt kan worden. Het feit dat de IGZ wellicht nog meer BIG-geregistreerde zorgverleners ter verantwoording had kunnen roepen, doet in beginsel niet af aan ieders eigen verantwoordelijkheid onder de Wet BIG. Dit betekent overigens niet dat hiermee anderen geen verwijt zou kunnen treffen.

De grote hoeveelheid dossieronderzoek, uitmondend in vele rapporten, valt in deze zaak op. Deze rapporten geven weliswaar een behoorlijk beeld, maar zijn toch aan beperkingen onderhevig. Immers, het hele zorgproces kan hieruit niet steeds worden gedestilleerd, terwijl daarenboven de representativiteit van de geselecteerde en onderzochte dossiers niet altijd vanzelfsprekend is. Daarnaast verdient opmerking dat het college weliswaar een aanzienlijk deel van voormelde inhoud van de rapporten onderschrijft, maar toch niet alle conclusies deelt. Desalniettemin zal het college zijn oordeel baseren op deze rapporten, juist ook omdat deze grotendeels corresponderen met zijn eigen inzichten en deze door verschillende opdrachtgevers zijn opgedragen en in onafhankelijkheid – zo kan worden aangenomen – zijn opgesteld, terwijl de conclusies op de in deze zaak relevante punten onderling overeenstemmen en bovendien in lijn zijn met het algemene beeld dat uit de twaalf overgelegde patiëntendossiers naar voren komt.

(i) Organisatie van zorg

Het college stelt voorop dat juist in een tijd van steeds complexer wordende patiëntenzorg met betrokkenheid van verschillende specialismen en hulpverleners, het van belang is om goede en voor alle hulpverleners heldere randvoorwaarden af te spreken en deze ook na te komen (zie Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 26 januari 2010). Deugdelijke dossiervoering, juist om de continuïteit en kwaliteit van de zorg te verzekeren, staat hierbij voorop en is niet voor niets wettelijk verplicht. Naast een zorgvuldige dossiervoering moeten overdrachtsmomenten gestructureerd en doelmatig plaatsvinden. Dit geldt ook voor communicatie met andere hulpverleners, onder wie huisartsen, verpleegkundigen en specialisten. Deze communicatie moet tijdig plaatsvinden en voldoende informatief van aard zijn, terwijl structureel momenten van reflectie moeten worden ingebouwd. Daarnaast moet de taakverdeling van individuele leden van een maatschap onderling goed en helder zijn geregeld en worden vastgelegd. Supervisie van de arts-assistenten is daarbij onmisbaar. Deze punten, die vooral de organisatie en het functioneren van een maatschap betreffen, zijn essentieel om de continuïteit van een kwalitatief goede zorgverlening door de individuele leden van een maatschap aan patiënten te kunnen waarborgen.

Dossiervoering algemeen

In de onderhavige zaak valt als rode draad in alle gemaakte verwijten de slechte dossiervoering te onderkennen. Dit is ook steeds het in het oog springende punt in voormelde rapporten. Het tekortschieten in de dossiervoering is door verweerder zowel ter zitting als in de overgelegde stukken erkend. Deze ontoereikende dossiervoering, die het college als vaststaand aanneemt, heeft ook vergaande gevolgen voor de overige verwijten. De dossiervoering is in de periode 2010/2012 ernstig en structureel onder de maat geweest, waardoor niet is voldaan aan de vereisten die aan de dossiervoering worden gesteld. Hierbij is niet alleen van belang het bepaalde in artikel 7:454 lid 1 BW, maar ook hetgeen omtrent dossiervoering door beroepsgenoten algemeen is aanvaard. In zijn algemeenheid zijn de handschriften in de medische dossiers slecht leesbaar, is er niet stelselmatig en overigens te summier genoteerd en ontbreken aantekeningen op essentiële punten. Zo ontbreken aan beleidsbeslissingen ten grondslag liggende motiveringen, differentiaaldiagnoses en aantekeningen van communicatie met de patiënt en/of diens naasten over beleidsvoornemens en/of beslissingen. Ook is onvoldoende genoteerd wanneer sprake was van voortschrijdende of gewijzigde inzichten. Gevolg van deze tekortkomingen is dat de gedachtegang van behandelaars niet of slechts beperkt is te volgen. Dit vormt een risico voor de continuïteit en kwaliteit van de zorgverlening, zeker op een afdeling als de onderhavige waar iedere dag een andere cardioloog met de arts-assistent visite liep. Ook vermindert gebrekkige dossiervoering

de intercollegiale toetsbaarheid van het medisch handelen. Een goede en nauwkeurige dossiervorming strekt er daarnaast toe scherpte in en reflectie op het eigen handelen te vergroten. Van structurele en kenbare reflectiemomenten geven de twaalf ter illustratie bijgevoegde dossiers onvoldoende blijk, terwijl reflectie slechts in beperkte mate blijkt uit voormelde rapporten.

Dossiervoering rondom behandelbeperkingen en vraagstukken rondom het levenseinde

De geconstateerde gebreken in de dossiervoering doen zich ook voor daar waar het precaire afwegingen en beslissingen betreft op het gebied van behandelbeperkingen (DNR 'do not resuscitate' of DNI 'do not intubate') en op het gebied van beslissingen over het levenseinde. Een genomen DNR- beslissing werd vaak niet of onvoldoende onderbouwd genoteerd en/of niet, althans niet kenbaar, heroverwogen bij wijziging van de toestand van de patiënt. Wanneer behandelbeperkingen aan de orde zijn of curatieve mogelijkheden uitgeput raken en palliatieve zorg in beeld komt, is een zorgvuldige dossiervorming des te meer vereist, juist vanwege de betrokkenheid van patiënt, familie en zorgverleners, alsmede de complexiteit en gevoeligheid van deze vraagstukken. Daarbij dient voor alle betrokkenen duidelijk te zijn wat de opties zijn en welk pad zal worden bewandeld. De opties, besluiten, verleende toestemming, alsmede contact met patiënt en familie, dienen helder onderbouwd te worden genoteerd in het dossier. Daarbij mag er niet van worden uitgegaan dat de patiënt (en diens familie) wel op de hoogte zijn van de ernst van de situatie en de slechte prognose. Juist ook bij toediening van morfine is het van belang de overwegingen daartoe en de toe te dienen hoeveelheid nauwgezet te noteren, evenals het morfinebeleid, zoals dat is besproken met alle betrokkenen. Dit is in een groot aantal gevallen niet of te summier gedaan. Het college kan op basis van de overgelegde stukken geen oordeel vormen over de vraag of morfine in de periode 2010/2012 niet conform de Richtlijn Palliatieve Sedatie 2009 is voorgeschreven. Wel wordt ten overvloede opgemerkt dat de 'Richtlijn Hartfalen 2010' morfine alleen geïndiceerd acht in de vroege fase van acuut hartfalen ter verlichting van pijn en dyspneu, maar niet bij terminaal hartfalen. In die gevallen wordt gestructureerde palliatieve zorg binnen een multidisciplinair team geadviseerd. Juist hiervan is niet gebleken. Verweerder heeft betwist dat hij morfine heeft voorgeschreven anders dan bij voormelde indicaties. Hoe dit ook zij, vast staat wél dat in de gepresenteerde dossiers (te) weinig over de afwegingen hieromtrent is genoteerd.

Communicatie huisarts

Daarnaast is komen vast te staan dat op enig moment een forse achterstand was ontstaan in het dicteren van huisartsenbrieven. Ook uit de twaalf overgelegde dossiers blijkt dat in een aantal gevallen de huisartsenbrief maanden te laat is verstuurd. Het is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de betrokken cardioloog dat dit binnen de maatschap tijdig

geschiedt. Het aangevoerde argument dat verweerder niet van de ontstane achterstand op de hoogte was, snijdt geen hout. Hij hoort hiervan op de hoogte te zijn en dit te controleren. Bij ontslag van een patiënt is snelle communicatie met de huisarts van vitaal belang in verband met de continuering van de zorg door de huisarts. Ook bij overlijden van een patiënt moet de huisarts snel op de hoogte worden gebracht in verband met diens zorg voor de nabestaanden van de patiënt.

Verantwoordelijkheidsverdeling; hoofdbehandelaarschap, supervisie arts-assistent, communicatie met patiënten; overdracht

De verantwoordelijkheidstoedeling was te informeel geregeld. Mogelijk was bij verweerders veelal bekend wie eindverantwoordelijke (hoofdbehandelaar) was en was er steeds een cardioloog aan te spreken op het beleid, maar er zijn serieuze aanwijzingen dat dit voor verpleging, collega's, patiënten en hun familie niet voldoende duidelijk was. De dossiervoering schoot ook op dit gebied tekort. Dit had beter gemoeten, evenals de supervisie van F, welke supervisie slechts beperkt, althans niet kenbaar, plaatsvond. De ontstane dicteerachterstand is daarvan een treffend voorbeeld. Buiten kantooruren werd de (cardiologische) zorg deels verricht door 'algemene arts-assistenten' met slechts beperkte kennis van acute cardiologische problemen. Voor cardiologische bijscholing werd een week stage voor aanvang van diensten ingericht en werd een toets afgenomen. Tijdens de zitting bleek dat borging van de cardiologische kennis voor behandeling buiten kantooruren onvoldoende was. Voorts was er bij verweerders, zoals wordt erkend, slechts beperkt aandacht voor (structurele) evaluatie en overdracht van verleende zorg en de vastlegging daarvan. Zo vonden de overdrachtmomenten – in ieder geval in 2010 – informeel en ongestructureerd plaats, was er geen vast tijdstip op de dag voor overdracht en werden er op dit punt geen aantekeningen gemaakt. Ook werden complicatiebesprekingen niet op structurele basis gehouden en werd de mogelijkheid van obductie uiterst terughoudend gehanteerd. Dit laatste is overigens een algemeen beeld in de Nederlandse ziekenhuizen en is niet specifiek voor de maatschap.

Zoals deels erkend, was er sprake van een patroon van terugkerende tekortkomingen in de organisatie van de binnen de maatschap geleverde individuele zorg, waarvoor artsen B, A en C als (mede)verantwoordelijke maat een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. Binnen de maatschap was er onvoldoende 'grip' en zicht op het reilen en zeilen; er was onvoldoende scherpte, waardoor de organisatorische zaken binnen de maatschap niet naar behoren waren geregeld. Artsen B, A en C hebben deze tekortkomingen (mede) laten ontstaan en laten voortbestaan, terwijl er bovendien geen enkele aanwijzing is dat zij hun collegae cardiologen in de maatschap (anders dan na interventie door de IGZ) hierop hebben aangesproken. De cardiologen in de maatschap hebben in 2012 weliswaar een aantal zichtbare verbeteringen in gang gezet, maar dat laat voormelde geconstateerde tekortkomingen onverlet. Duidelijk is dat

de maatschap diende te functioneren binnen een ziekenhuis, waarin – zo blijkt uit de rapporten – een veelvoud van bestuurlijke en financiële problemen speelde. Hierdoor functioneerde ‘het vangnet’ voor borging van de kwaliteit van de ziekenhuisbrede geleverde zorg niet goed. Dit ontslaat verweerders niet van hun eigen professionele verantwoordelijkheid om de organisatie van de maatschap op een deugdelijk peil te houden. Nu dat is nagelaten, is de conclusie dat verweerders in strijd hebben gehandeld met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

(ii) Cardiologische zorg

Het door IGZ gemaakte verwijt is dat in de periode 2010/2012 sprake is geweest van onvoldoende professionaliteit van het diagnostisch en therapeutisch handelen in de verleende cardiologische zorg. Zoals reeds overwogen, kan het college op basis van de eerste tuchtnorm geen oordeel geven over eventuele tekortkomingen van artsen B, A en C in één of meer individuele patiëntendossiers. Het algemene verwijt van 'onvoldoende professionaliteit van het diagnostisch en therapeutisch handelen in de verleende cardiologische zorg' is evenmin onder de tweede tuchtnorm te brengen. De tweede tuchtnorm gaat immers expliciet om 'ander handelen of nalaten (dan de zorg in een individueel geval) in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg'. Dit 'andere handelen' is reeds beoordeeld bij bespreking van de organisatie van de maatschap. De aard van de 'individuele zorg' kan niet onder de tweede tuchtnorm worden gebracht. Ten overvloede wordt in dit verband nog de opmerking van de Commissie Danner onder de aandacht gebracht: 'Uit dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat de door de zorg veroorzaakte schade en de mate waarin die heeft bijgedragen aan overlijden over de onderzoeksperiode in het Ruwaard van Putten ziekenhuis niet afwijkt van wat in andere soortgelijke ziekenhuizen in Nederland wordt gevonden. Dat geldt ook voor de afdeling cardiologie. (...)' De nuancering van deze opmerking in het nagekomen addendum van de Commissie Danner betreft het hele ziekenhuis en niet specifiek de afdeling cardiologie, zodat aan deze nuancering geen conclusies kunnen worden verbonden ten aanzien van de maatschap cardiologie.

De conclusie is dat er, in ieder geval op onderdelen, sprake is geweest van een gebrekkige organisatie en samenwerking in de maatschap cardiologie. Verweerders kan hiervoor op grond van de tweede tuchtnorm een tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Of en zo ja, in welke mate, deze gebrekkige organisatie consequenties heeft gehad voor individuele patiënten van verweerders, heeft het college niet kunnen vaststellen. Onder deze omstandigheden wordt de maatregel van berisping passend en geboden geacht.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 28-10-2014

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2014:99

Zaaknummer: 2013-308b

Wetsartikelen: 47 lid 2 Wet BIG, 7:454 BW en 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y***Neuroloog wordt verweten een onjuiste diagnose te hebben gesteld en geen contact opgenomen te hebben na behandeling. Waarschuwing.***

Klagers zijn de echtgenoot en zoon van patiënte. Patiënte arriveerde om 13.09 uur op de afdeling SEH met uitvalsverschijnselen linkszijdig. Verweerder heeft een anamnese afgenomen en lichamelijk en neurologisch onderzoek verricht. Op basis daarvan stelde verweerder bovenaan in zijn differentiaaldiagnose een lacunaire TIA of een infarct in het stroomgebied van de rechter art carotis, gezien het beeld van een atactische hemiparese links. Zeer laag in de differentiaaldiagnose stond een bloeding, een groter corticaal infarct of een andere oorzaak voor uitval. Verweerder liet een CT-cerebrum maken en heeft daarna de radiologie viewer van het ziekenhuis geraadpleegd. Bij raadpleging bleek dat de drie hoogste coupes nog niet beschikbaar waren. Het zou nog zo'n 15 minuten duren voordat deze beschikbaar kwamen. Op de coupes die wel beschikbaar waren, zag verweerder een lacunair infarct rechts. Dit was een bevestiging van zijn diagnose. Op basis van zijn bevindingen startte verweerder met Plavix (clopidogrel) in een oplaaddosis van 300 mg. Vervolgens heeft verweerder nog enkele spoedpatiënten gezien op de afdeling SEH en heeft hij, zonder nadere raadpleging van de drie ontbrekende coupes, rond 17.00 uur het ziekenhuis verlaten. De patiënte werd rond 15.00 uur overgedragen aan de stroke-unit. Kort na een controle door een verpleegkundige rond 16.30 uur werd patiënte onrustig en braakte. Om 17.35 uur werd in opdracht van de arts-assistent neurologie een tweede CT-scan uitgevoerd, die bekend werd om 18.00 uur. Deze scan toonde een forse bloeding. Vergelijking van deze scan met de volledige eerste scan leerde dat op de drie hoogste coupes van de eerste scan reeds een kleine bloeding zichtbaar was. Daarop heeft, rond 19.00 uur, de arts-assistent verweerder thuis gebeld en is de toediening van Plavix, na de eerste gift, stopgezet. De volgende ochtend heeft verweerder uitvoerig met de familie gesproken, waarbij hij heeft gezegd dat hij een fout had begaan. Aan het einde van het gesprek heeft hij zijn e-mailadres aan de familie gegeven, zodat men hem desgewenst kon bereiken. Hij was beschikbaar voor een gesprek. Daarna is er geen contact meer geweest, ook niet na het overlijden van patiënte.

Het college overweegt als volgt.

Verweerder heeft geen onjuiste diagnose gesteld. Op grond van zijn anamnese, lichamelijk onderzoek en beeldvorming, voor zover door hem geraadpleegd, had hij voldoende grond om zijn – ook achteraf juist gebleken – diagnose te stellen. Verweerder heeft echter de later gebleken bloeding gemist. Het missen van deze diagnose is verwijtbaar, omdat verweerder het door hem geïnitieerde beeldvormende onderzoek niet volledig heeft geraadpleegd en beoordeeld, zonder dat daarvoor een deugdelijke grond bestond. Het verweer dat hij het druk had, kan geen excuus vormen. Dit onderdeel van de klacht is daarom gegrond.

Verweerder heeft correct gehandeld door daags na zijn omissie een gesprek hierover aan te gaan met de familie en zijn fout toe te lichten en ook te erkennen. Klagers verwijten verweerder dat hij jegens hen in dat gesprek een hautaine houding heeft aangenomen en dat verweerder, in strijd met zijn bewering, geen excuus heeft gemaakt, waartegenover verweerder stelt dat het naar zijn indruk een goed gesprek was, waarbij hij wel degelijk excuus heeft gemaakt. Wat er ook zij van deze verschillende lezingen, vaststaat wel dat klagers hun ongenoegen over de houding van verweerder niet hebben geuit. Het had op de weg van verweerder gelegen om in de daarop volgende periode, zeker na het overlijden van patiënte, contact met klagers te zoeken. Het beschikbaar stellen van zijn e-mailadres was onvoldoende, ook al was hij in de veronderstelling dat hij met klagers een goed gesprek had gehad. Hoewel de communicatie van verweerder voor verbetering vatbaar is, zal het college, gelet op zijn overigens transparante en toetsbare opstelling, hem dit niet tuchtrechtelijk aanrekenen.

Het college legt de maatregel van waarschuwing op.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 23-10-2014

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2014:87

Zaaknummer: 1450

Wetsartikelen: 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

De onderhavige uitspraak betreft een tussenvonnis waarin het verlies van een kans wordt bepaald. De rechtbank komt tot het oordeel dat als gevolg van de fout van de huisarts een kans van 8,9% op overleven verloren is gegaan. Dit percentage van de schade moet worden vergoed.

Huisarts X fungeerde als dienstdoende waarnemend huisarts toen hij in de nacht van 30 april op 1 mei 1997 om 0.30 uur werd gebeld door een man wiens vrouw verkouden was, hoestte en last had van benauwdheid. De man vertelde dat zijn vrouw twintig weken zwanger was en dat zij al twee keer eerder de eigen huisarts hadden geraadpleegd (waaronder de dag ervoor, 29 april 1997). De eigen huisarts had een hoestdrank voorgeschreven. De waarnemend huisarts heeft in dat telefoongesprek aan de man meegedeeld dat hij in verband met de zwangerschap van zijn vrouw geen medicijnen zou voorschrijven. De waarnemend huisarts heeft geadviseerd de volgende ochtend om 08.00 uur de eigen huisarts te raadplegen en bij verslechtering van de conditie van de vrouw nog terug te bellen. De man heeft daarop laten blijken niet tevreden te zijn over de wijze waarop het consult – kennelijk zonder huisbezoek – zou worden afgedaan. De communicatie is (verder) verstoord geraakt, waarna de man de verbinding heeft verbroken. De volgende ochtend (1 mei 1997) heeft de man omstreeks 08.00 uur de eigen huisarts om een huisbezoek verzocht. De waarnemend huisarts heeft kort daarna uit eigen beweging die huisarts op de hoogte gesteld van het nachtelijke telefoongesprek met de man en erop aangedrongen dat de eigen huisarts met de aangevraagde visite niet te lang zou wachten. Om 10.30 uur heeft de eigen huisarts de vrouw bij haar thuis onderzocht. De vrouw is vervolgens met spoed door een ambulance overgebracht naar het ziekenhuis. Zij is opgenomen op de afdeling Intensive Care. Geconstateerd is dat zij leed aan een beginnende sepsis en respiratoire insufficiëntie. De vrouw is op 2 mei 1997 spontaan bevallen van een levenloos kind. Op 3 mei 1997 is de vrouw overleden.

De man heeft mede namens zijn andere in leven zijnde kind de waarnemend huisarts aansprakelijk gesteld. De huisarts is vervolgens in rechte betrokken. De man heeft overlijdensschade gevorderd.

De Rechtbank Arnhem heeft een aantal tussenvonnissen gewezen. Bij vonnis van 28 december 2011 is een deskundige benoemd om zich uit te laten over de vraag of de huisarts is tekortgeschoten in de door hem te verlenen zorg door in de gegeven omstandigheden geen huisbezoek af te (doen) leggen. Bij vonnis van 19 september 2012 is de rechtbank op grond van het deskundigenbericht tot het oordeel gekomen dat de waarnemend huisarts inderdaad is tekortgeschoten door er niet voor zorg te dragen dat bij de vrouw een huisbezoek zou worden afgelegd. Bij vonnis van 12 december 2013 is vervolgens een deskundige benoemd teneinde een prognose te geven van het ziektebeeld van de vrouw, ware zij in de nacht van 30 april op 1 mei 1997 door de huisarts was bezocht (om 01.30 uur) en ware zij adequaat behandeld. Hij is tevens gevraagd naar kansen, voor zover hij geen volledige duidelijkheid zou kunnen verschaffen.

Het vonnis van 23 oktober 2013 ziet op de beoordeling van dat deskundigenbericht en de conclusies die daaruit moeten worden getrokken over het beloop van het ziektebeeld ware de vrouw wel tijdig behandeld (situatie zonder fout). De rechtbank oordeelt in dat verband dat uit het deskundigenbericht volgt dat de overlevingskansen van de vrouw op 1 mei 1997 om 01.30 uur 99,4% was en om 10.30 uur 90,5%. Dat betekent volgens de rechtbank dat door het niet-starten van een antibiotische behandeling (dit had de situatie moeten zijn) een overlevingskans van 8,9% verloren is gegaan. Anders gezegd betekent dit naar het oordeel van de rechtbank dat er om 01.30 uur een uiterst gering risico (0,6%) op overlijden bestond en om 10.30 uur een risico van 9,5%, welk risico zich heeft gerealiseerd. Indien om 1.30 uur gestart zou zijn met een adequate behandeling was kans op overleving 8,9% groter geweest. Deze kans is naar het oordeel van de rechtbank groot genoeg om in aanmerking te worden genomen. Tussen de tekortkoming van de huisarts en het verlies van een kans van 8,9% bestaat dan ook een *condicio sine qua non*-verband. Dit betekent dat 8,9% van de schade moet worden vergoed. De rechtbank heeft de zaak vervolgens naar de rol verwezen teneinde partijen de gelegenheid te geven zich uit te laten over de omvang van de schade.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Gelderland

Datum uitspraak: 23-10-2013

Zaaknummer: C/05/208656 / HA ZA 10-2371

RECHTSPRAAK

Tandartspraktijk/Tandartsassistente

Geen overtreding geheimhoudingsbeding na getuigenis bij tuchtcollege.

Een tandartspraktijk vorderde van een voormalig tandartsassistente een vergoeding omdat in een tuchtprocedure de tandartsassistente ten voordele van een klager verklaringen had afgelegd en de Tandartspraktijk mede daardoor een waarschuwing kreeg. Het hof bepaalde dat het geheimhoudingsbeding niet geldt omdat werkneemster door het tuchtcollege was opgeroepen om te komen getuigen.

Na een langdurige arbeidsongeschiktheid en een ernstig verstoorde relatie met de werkgever heeft de tandartsassistente op 15 november 2010 ontbinding van de arbeidsovereenkomst verzocht. Bij beschikking van 5 januari 2011 heeft de kantonrechter te Sneek dit verzoek toegewezen per 15 januari 2011 en een vergoeding van € 13.900 toegewezen, gebaseerd op een C-factor van 0,5. Omdat de Tandartspraktijk over de laatste maanden geen loon betaalde en er over en weer geschilpunten bestonden over vakantiedagen en vergoedingen voor waswerkzaamheden, zag de assistente zich genooddaakt om een gerechtelijke procedure te starten. De werkgever liet het er niet bij zitten en vorderde vergoedingen voor ongeoorloofd telefoongebruik, daardoor misgelopen inkomsten en een vergoeding vanwege overtreding van het geheimhoudingsbeding, omdat de assistente voorafgaand aan een door een klager gestarte tuchtprocedure die klager had geïnformeerd en tijdens die procedure voor het tuchtcollege een verklaring had afgegeven. De kantonrechter wees de vorderingen van werkneemster grotendeels toe en die van werknemer grotendeels af.

De Tandartspraktijk ging in hoger beroep. Het hof is duidelijk niet tevreden over de proceskwaliteit. Het hof geeft aan dat de kantonrechter in diens vonnis vrijwel geen feiten heeft vastgesteld in verband met de weinig inzichtelijke wijze waarop partijen deze in eerste aanleg hebben gepresenteerd. Hoewel het op de weg van partijen had gelegen om te pogen ten minste in hoger beroep de relevante feiten zinvol te ordenen, moet het hof constateren dat ondanks de geruime tijd die partijen hebben uitgetrokken om hun processtukken op te stellen, zij zulks niet hebben gedaan. Het hof gaat daarom zelfstandig de relevante feiten uit het dossier van partijen destilleren. Na dat te hebben gedaan oordeelt het hof dat de vorderingen

van de Tandartspraktijk worden afgewezen. Voor wat betreft het overtreden van het geheimhoudingsbeding stelt het hof dat niet is aangetoond dat werkneemster voorafgaand aan de tuchtprocedure de klager heeft geïnformeerd. Tevens geeft het hof aan dat werkneemster voor het tuchtcollege geen geheimhoudingsbeding had te respecteren. In dat kader overwoog het hof het volgende. In de cao Tandartsassistenten, die laatstelijk heeft gegolden tot 1 januari 2005, was onder meer navolgend artikel opgenomen:

'GEHEIMHOUDING

Artikel 13

1. De werknemer is verplicht tot geheimhouding van wat hem uit hoofde van zijn functie en beroep ter kennis is gekomen voorzover die verplichting uit de aard der zaak volgt dan wel hem uitdrukkelijk is opgelegd. Deze verplichting geldt ook na beëindiging van het dienstverband.
2. De in het eerste lid bedoelde verplichting geldt behoudens voorzover enig wettelijk voorschrift de werknemer tot mededeling verplicht'.

De cao voor tandartsassistenten is geëxpireerd op 31 december 2004. Sederdien is geen nieuwe cao meer tot stand gekomen en is uitsluitend nog sprake van arbeidsvoorwaardenadviesregelingen van de NMT en de ANT, waaraan de werknemersorganisaties geen bijdrage hebben geleverd. De Tandartsenpraktijk heeft zich er in het geheel niet over uitgelaten hoe de reeds lang geëxpireerde cao in dit geval toch aan [geïntimeerde] zou kunnen worden tegengeworpen. Als er al van mag worden uitgegaan dat artikel 13 van die cao tussen beide procespartijen nog steeds geldt, dan verdient aandacht dat artikel 13 voornoemd bepaald niet absoluut is geformuleerd: 'voorzover die verplichting uit de aard der zaak volgt dan wel hem uitdrukkelijk is opgelegd' en 'behoudens voorzover enig wettelijk voorschrift de werknemer tot mededeling verplicht'. De getuigenverklaring ter zitting van het Regionaal Tuchtcollege, waartoe [geïntimeerde] door dat college was opgeroepen, valt naar 's hofs oordeel zonder meer onder de laatstgenoemde uitzondering.

mr. J.J.W. van Mens

Instantie: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden

Datum uitspraak: 21-10-2014

ECLI: ECLI:NL:GHARL:2014:8066

Zaaknummer: 200.109.430-01

Advocaten: R. Tamourt en J.S. Dallinga

Wetsartikelen: cao Tandartsassistenten

RECHTSPRAAK

Stichting Gezondheidscentra Eindhoven e.o./directeur

Werknemer kan, naast een ontbindingsvergoeding, ook aanspraak maken op een contractueel overeengekomen beëindigingsvergoeding, ook indien die regeling aangeeft dat aanspraak op zo'n vergoeding bestaat indien de werkgever de arbeidsovereenkomst opzegt en er feitelijk geen sprake was van een opzegging maar van een ontbinding door de kantonrechter op verzoek van werkgever.

Werknemer is op 15 november 1996 in dienst getreden van de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven en omgeving (hierna: de Stichting). Hij had de functie van voorzitter van de raad van bestuur. Zijn laatstverdiende salaris bedroeg € 10.027,45 bruto per maand, exclusief 8% vakantietoeslag en overige emolumenten. In de arbeidsovereenkomst van werknemer staat een contractuele ontslagvergoeding. In 2009 is bij werknemer een ongeneeslijke vorm van leukemie geconstateerd. In 2010 heeft werknemer zich ziek gemeld. Voorafgaand aan deze ziekmelding had de raad van toezicht van de Stichting aan de werknemer te kennen gegeven te streven naar een beëindiging van het dienstverband wegens een tussen de werknemer enerzijds en de aan de Stichting verbonden huisartsen en apothekers anderzijds ontstane vertrouwensbreuk, alsmede wegens door de werknemer gevoerd financieel wanbeheer. Om die reden startte werkgever een ontbindingsprocedure bij de kantonrechter. Bij beschikking van 12 juli 2011 heeft de kantonrechter de arbeidsovereenkomst tussen partijen op grond van een vertrouwensbreuk ontbonden per 1 augustus 2011, met toekenning aan de werknemer van een vergoeding van € 35.000 ten laste van de Stichting onder de voorwaarde dat het verzoek niet op uiterlijk 31 juli 2011 zou worden ingetrokken. De kantonrechter overwoog, onder meer, dat als oorzaak van de vertrouwensbreuk niets anders kan worden aangewezen dan hetgeen bij herhaling door verschillende disciplines en de ondernemingsraad binnen de Stichting is genoemd, te weten: de stijl van leidinggeven van werknemer, het gebrek aan communicatie en informatie en het te weinig betrekken van de professionals bij de interne beleidsbepaling. De kantonrechter verwierp echter het verwijt van financieel wanbeheer. Volgens de kantonrechter trof anderzijds de Stichting een verwijt, namelijk dat zij zich niet als een goed werkgever heeft opgesteld in de hiervoor genoemde procedures bij de rechtbank in Tongeren

en bij het UWV. De kantonrechter overwoog uitdrukkelijk dat bij het vaststellen van de ontbindingsvergoeding de in artikel 10 van de arbeidsovereenkomst overeengekomen schadevergoeding buiten beschouwing is gelaten. Werkgever trok het verzoek niet in en betaalde de ontbindingsvergoeding. Omdat werkgever weigerde de contractueel overeengekomen vergoeding te betalen, startte werknemer een procedure bij de kantonrechter en vorderde € 297.815,27 als overeengekomen vergoeding als bedoeld in artikel 10 van de arbeidsovereenkomst. Werkgever verweerde zich door te stellen dat in de regeling staat dat de vergoeding moet worden voldaan 'Ingeval van opzegging door de Stichting' en hier geen sprake was van een opzegging, maar van een ontbinding door de rechter. De kantonrechter was het met werkgever eens en wees de vordering af. Het hof oordeelde dat de kantonrechter ten onrechte had geoordeeld dat de term 'opzegging' in het maatschappelijk verkeer (ook in individuele arbeidsovereenkomsten) niet mede de ontbinding van de arbeidsovereenkomst op initiatief van de werkgever omvat. Een dergelijk andersluidend oordeel valt ook te lezen in HR 25 juni 2004, *NJ* 2006/213, aldus het hof. Werkgever was het hier niet mee eens en stapte naar de Hoge Raad. De Hoge Raad liet het arrest in stand zonder dat verder te onderbouwen. Interessant zijn de overwegingen van de advocaat-generaal

De A-G concludeert als volgt. Het hof heeft aangenomen dat bij de totstandkoming van deze arbeidsovereenkomst niet nader is gesproken over de vertrekregeling in artikel 10. Om die reden heeft het hof, steun zoekend in HR 25 juni 2004, van belang geacht hoe, in een vergelijkbare situatie, een dergelijke bepaling in een cao mocht worden opgevat in het maatschappelijk verkeer. Het hof acht van doorslaggevend belang dat bij dit soort bepalingen in een arbeidsovereenkomst de werkgever – niet de werknemer – degene is die het voortouw neemt om de arbeidsovereenkomst te doen eindigen; de vorm waarin die beëindiging uiteindelijk geschiedt (opzegging of ontbinding) is volgens het hof dan van ondergeschikt belang. In dit verband heeft het hof overwogen dat een andere lezing ook onwenselijk zou zijn vanuit een oogpunt van ongelijkheidscompensatie. Met deze redengeving heeft het hof naar behoren verklaard hoe het tot zijn uitleg van het beding is gekomen. Voor het overige gaat het bij de uitleg van deze contractsbepaling om een waardering die is voorbehouden aan de rechter die over de feiten oordeelt. In de zaak van HR 25 juni 2004 ging het om de uitleg van de term 'ontslag verlenen' in een cao. Niettemin heeft het hof ter verklaring van zijn uitleg van het beding naar die uitspraak kunnen verwijzen, ook al gaat het in de onderhavige zaak niet om de uitleg van een cao-bepaling. De vaststelling 'dat de term "ontslag verlenen" in het maatschappelijk verkeer in (collectieve en individuele) arbeidsverhoudingen mede ontbinding van arbeidsovereenkomsten op initiatief van de werkgever omvat' was niet beperkt tot cao's, maar had een algemeen karakter. Onbegrijpelijk is het oordeel van het hof niet. Weliswaar valt juridisch een onderscheid te maken tussen de opzegging van een arbeidsovereenkomst door één partij en, anderzijds, de ontbinding van de

arbeidsovereenkomst door de kantonrechter (op verzoek van een partij), maar het hof heeft – passend in het kader van de Haviltex-maatstaf – mede van belang geacht dat de werknemer niet over de nodige rechtskennis beschikte. Een beroep op artikel 6:248 lid 2 BW faalt eveneens.

mr. J.J.W. van Mens

Instantie: Hoge Raad

Datum uitspraak: 17-10-2014

ECLI: ECLI:NL:HR:2014:2991

Zaaknummer: 13/06174

Advocaten: S.F. Sagel en R.A. Duk

ANNOTATIE

Aanbesteding Wmo 2015: tweede ronde, nieuw slagveld?***D. Radder***

De invoering van de Wmo in 2007 verliep niet zonder slag of stoot. Krantenkoppen als: 'De thuiszorg blijft een slagveld' en 'Gemeente kiest voor prijsdumpers thuiszorg' beheersten het nieuws. Bovendien, omdat gemeenten ook bij de inkoop van Wmo-zorg gebonden zijn aan de aanbestedingsregels, leidden inkooptrajecten nogal eens tot een kort geding procedure.

Per 1 januari 2015 zal een aantal aanvullende zorgtaken die nu nog onder de AWBZ vallen, zoals begeleiding en dagbesteding, worden overgeheveld naar de Wmo. Deze overheveling vindt plaats in het kader van een grootschaligere verschuiving van zorgtaken naar gemeenten en deels naar zorgverzekeraars. Deze transitie heeft inmiddels ook al de nodige stof doen opwaaien, vooral omdat veel onduidelijkheid bestond (en nog steeds bestaat) over beschikbare budgetten en de afbakening van het takenpakket.

Om de 'nieuwe' Wmo-zorg per 1 januari 2015 te kunnen aanbieden, zijn gemeenten inkoopprocedures gestart om de benodigde zorg in te kopen. De hiervoor beschreven onduidelijkheden maken deze procedures er vanzelfsprekend niet eenvoudiger op. Het verbaast dan ook niet dat gemeenten en zorgaanbieders niet altijd op één lijn zitten, waarvan het onderhavige vonnis een sprekend voorbeeld is.

In het vonnis buigt de Rechtbank Gelderland zich over de volgende situatie. De gemeenten Apeldoorn, Brummen, Deventer, Epe, Hattem, Heerde, Olst-Wijhe en Voorst (hierna: 'gemeenten') hebben een Europese aanbesteding georganiseerd voor het verlenen van maatwerkvoorzieningen in het kader van de Wmo 2015. De gemeenten hebben de maatwerkvoorzieningen ondergebracht in vier hoofdgroepen ('bouwstenen'). Voorts hebben de gemeenten een conversietabel gepubliceerd waarin de verschillende NZa-codes zijn omgezet in Wmo-bouwstenen. Naar aanleiding van deze conversietabel heeft Carinova, een van de potentiële zorgaanbieders, de gemeente bericht dat een aantal maatwerkvoorzieningen volgens haar in een te lichte categorie is geplaatst. De beperkingen in kwestie zouden een meer intensieve zorgverlening vergen, met een overeenkomstig tarief. De gemeenten zagen

echter geen reden om de tabel aan te passen. De aanbestedingsprocedure werd voortgezet en de opdracht gegund aan alle aanbieders die een geldige offerte hadden ingediend. Ook aan Carinova is gegund. Desondanks heeft Carinova een kort geding aanhangig gemaakt tegen de indeling van de maatwerkvoorzieningen.

Standpunt Carinova

Volgens Carinova zijn de werkzaamheden te licht ingeschaald, waardoor het tarief ontoereikend is om de benodigde zorg te kunnen bieden. Volgens Carinova hebben cliënten met een AWBZ-indicatie in 2015 een onveranderde aanspraak op de zorg die nodig is volgens die indicatie en is het bij de tarieven die behoren bij de classificatie die gemeenten hebben toegepast, redelijkerwijs niet meer mogelijk om de zorg te leveren zonder dat aan de omvang van die zorg tekort wordt gedaan.

Standpunt gemeenten

De gemeenten stellen zich daarentegen op het standpunt dat uit de AWBZ-indicatie alleen volgt op hoeveel uren zorg de cliënt aanspraak kan maken en dat de precieze aard en intensiteit van de zorg verder niet door die indicatie wordt voorgeschreven. Na de inwerkingtreding van de Wmo zouden gemeenten slechts verplicht zijn om (voor die indicatie) 'passende' zorg te verlenen.

Oordeel rechtbank

Volgens de rechtbank heeft Carinova onvoldoende onderbouwd en ook niet aangetoond dat uit de AWBZ en het overgangsrecht bij de Wmo voortvloeit dat de cliënt ook aanspraak kan maken op een bepaalde welomschreven vorm van zorg. Er is volgens de rechtbank in ieder geval geen aanleiding te veronderstellen dat in het overgangsrecht gegarandeerd is dat de zorg op exact dezelfde wijze als voor 1 januari 2015 geleverd moet worden.

De rechtbank volgt de gemeenten, dat binnen het kader van het geïndiceerd aantal uren dat per week zorg verleend moet worden, het de zorgaanbieder vrij staat de exacte wijze waarop zij die zorg wil verlenen zelf te bepalen en dat dit bijvoorbeeld kan gebeuren door inzet van lager gekwalificeerd personeel en/of door de inzet van personen/familieleden uit de directe omgeving van de betrokkene. Voorts zou de zorg ook deels in groepsverband kunnen worden uitgevoerd. In dat licht is volgens de rechtbank niet in te zien waarom de gemeenten aan de desbetreffende zorg niet een 'lichte' indicatie mogen koppelen met een bijbehorend tarief. Dit tarief is volgens de rechtbank niet onredelijk, temeer nu de gemeenten onweersproken hebben gesteld dat zeventig aanbieders bereid en dus kennelijk in staat zijn om de gevraagde zorg te leveren voor het gestelde tarief. Daarbij merkt de rechtbank nog op dat de hele transitie

van de AWBZ naar de Wmo juist bedoeld is om deze vormen van zorg anders en goedkoper vorm te geven en dat het daarom voor de hand ligt dat zorgaanbieders op een andere, goedkopere, maar wel passende wijze zorg gaan verlenen. De rechtbank wijst de vorderingen van Carinova af.

Het oordeel van de rechtbank verbaast mij niet. Het standpunt dat tarieven 'disproportioneel' zijn omdat, in dit geval, de gevraagde zorgverlening niet voor het desbetreffende tarief kan worden aangeboden, houdt veelal geen stand in een aanbestedingskortgeding. Uitgangspunt van het aanbestedingsrecht is immers dat een aanbieder de *keuze* heeft om al dan niet in te schrijven. Om die reden gaat de rechter er doorgaans van uit dat een aanbieder die het inkoopdocument niet geschikt acht of niet onder de gestelde voorwaarden een contract wil sluiten dat goed recht heeft, maar dan kan afzien van inschrijving (Voorzieningenrechter Rb. Oost-Brabant 21 juli 2014, r.o. 4.21 (ECLI:NL:RBOBR:2014:4154)). Voorts is voor de vraag of een tarief disproportioneel is, niet doorslaggevend of de tarieven kostendekkend zijn (Gerechtshof 's-Hertogenbosch 24 maart 2009, r.o. 15 (ECLI:NL:GHSGR:2009:6192)) en of de klagende inschrijver de beoogde dienstverlening voor het betreffende tarief kan verlenen. Als blijkt dat andere aanbieders wel bereid zijn om voor de gestelde tarieven zorg aan te bieden (ook als zij moeten inschrijven beneden kostprijs) en voldoen aan de gestelde kwaliteitseisen, zal de rechter over het algemeen niet aannemen dat disproportionele eisen zijn gesteld.

Een aanbieder zal dan ook met harde bewijzen moeten aantonen dat het onmogelijk is om de opdracht tot een goed einde te brengen voor de gehanteerde tarieven. Dit maakt de discussie over welke zorg geleverd moet worden onder het overgangsrecht dan ook interessant. Volgens de rechtbank hoeft de aangeboden zorg niet exact hetzelfde te zijn als onder de AWBZ. In de Kamerstukken, waarnaar ook de rechtbank verwijst, is hierover opgenomen: 'Voor cliënten die AWBZ-zorg ontvangen, geldt dat zij, zo lang het overgangsrecht van toepassing is, recht houden op de zorg onder de condities die daarvoor onder de AWBZ van toepassing waren. Dit criterium voor het overgangsrecht wordt mede gematerialiseerd in de zorginkoop. Het jaar 2015 is een overgangsjaar, waarin de inkoopende partijen zich gezamenlijk met de zorgaanbieders inspannen om zorg en ondersteuning aan huidige AWBZ-cliënten, indien door de cliënt gewenst, bij dezelfde aanbieder te realiseren en hier in de zorginkoop specifieke afspraken over te maken. Dit moet wel redelijkerwijs mogelijk zijn. Een en ander sluit voorts niet uit dat de zorg en ondersteuning gedurende 2015 voor bestaande cliënten een andere invulling kan krijgen'

De laatste zin biedt inderdaad ruimte voor een andere invulling van de zorgverlening, maar die invulling kan mijns inziens niet fundamenteel anders zijn. Dat strookt niet met het uitgangspunt dat de zorg zo veel mogelijk conform de condities van de AWBZ zal worden verleend. Daarnaast zal ook niet in alle gevallen lager geschoold personeel ingezet kunnen

worden: bepaalde handelingen zijn voorbehouden aan specifieke beroepsbeoefenaars met bepaalde kwalificaties. Dit zal in de onderhavige aanbesteding (Wmo) overigens minder gespeeld hebben. Carinova heeft nog wel geprobeerd om de rechter ervan te overtuigen dat uit de AWBZ bepaalde condities voortvloeien, maar dit standpunt vindt de rechtbank onvoldoende bewezen.

De uitspraak van de Rechtbank Gelderland laat eens te meer zien dat de transitie niet alleen flexibiliteit en creativiteit vergt van gemeenten, maar ook van zorgaanbieders.

RECHTSPRAAK

Deze zaak betreft het handelen van twee huisartsen. Klager verwijt de huisartsen dat zij een diagnose zouden hebben gemist bij zijn moeder, die patiënte was bij de praktijk. Daarnaast verwijt hij de huisartsen dat zij haar verkeerde medicijnen zouden hebben voorgeschreven, haar onnodig hebben laten lijden en te lang hebben gewacht met de opname van de patiënte. Het college overweegt ten aanzien van de klacht dat het missen van een diagnose in tuchtrechtelijke zin alleen verwijtbaar is als de wijze waarop de aangeklaagde arts tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd zou zijn met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht. In casu was dat niet het geval. Ook ten aanzien van de andere klachten is het college van mening dat hiervan niet zou zijn gebleken. De klachten worden ten aanzien van beide huisartsen ongegrond verklaard.

In deze zaak gaat het om een patiënte, de moeder van klager. Zij was vanaf 2002 ingeschreven bij de huisartsenpraktijk van verweerders, hierna te noemen huisarts 1 en huisarts 2. De patiënte was bekend met COPD, een klein voorwandinfarct in 1981, hypertensie, angina pectoris klasse 2/4 en adipositas. Vanaf februari 2012 geeft zij bij de huisartsenpraktijk aan dat ze last heeft van beide handen en dat zij zich zorgen maakt over haar hart en longen. In de loop van de maanden vinden er verschillende consulten en onderzoeken plaats en uiteindelijk wordt de patiënte in oktober 2012 door huisarts 2 doorgestuurd naar de longarts van de spoedeisende hulp. Deze stelt de diagnose dyspnoe-d'effort. In die week daarna is er veel telefonisch contact geweest met de patiënte en heeft huisarts 2 de patiënte thuis bezocht. De werkdiagnose tot dan toe was pneumonie. Eind oktober vindt er beeldvormend onderzoek plaats en wordt er een kleincellig longcarcinoom met lymfekliermetastase vastgesteld. Zowel huisarts 1 als huisarts 2 bezoeken de patiënte nadien nog in het ziekenhuis. Uiteindelijk is de patiënte op 7 januari 2013 overleden.

Klager verwijt de beide huisartsen dat zij bij patiënte een verkeerde diagnose hebben gesteld, haar verkeerde medicijnen hebben voorgeschreven, haar onnodig pijn hebben laten lijden en daarnaast te lang hebben gewacht met de opname van de patiënte.

Beide huisartsen zijn van mening dat geen sprake is geweest van onzorgvuldig handelen zodat hen geen tuchtrechtelijk verwijt treft.

Het college geeft aan dat huisarts 1 slechts tweemaal bij de behandeling van de patiënte betrokken is geweest, beide keren in juli 2012. Daarbij heeft huisarts 1 naar de mening van het college bij het onderzoek van de patiënte voldoende zorgvuldigheid betracht. Daarnaast is komen vast te staan dat hij de anamnese zorgvuldig heeft afgenomen en voldoende lichamelijk onderzoek heeft verricht. Dat het huisarts 1 niet waarschijnlijk leek dat sprake was van longkanker kan hem niet verweten worden, aldus het college. Ook de longarts die op 8 oktober 2012 een thoraxfoto heeft gemaakt bij de patiënte heeft deze diagnose toen niet gesteld. Daarnaast neemt het college in overweging dat niet vaststaat dat een longcarcinoom door anamnese en onderzoek door de huisarts redelijkerwijs kon worden vastgesteld. Naar het oordeel van het college is evenmin gebleken dat huisarts 1 de patiënte verkeerde medicijnen zou hebben voorgeschreven dan wel dat hij de patiënte heeft laten lijden. Wat betreft de klacht die ziet op een gebrek aan empathie is het college van oordeel dat ten aanzien van huisarts 1 geen tuchtrechtelijk verwijtbare wijze van communicatie met patiënte en haar naasten kan worden vastgesteld. De klacht wordt dan ook in al haar onderdelen ongegrond verklaard ten aanzien van huisarts 1.

Huisarts 2 is vier keer bij de behandeling van de patiënte betrokken, te weten in februari, september en oktober 2012. Ook ten aanzien van huisarts 2 is het college van oordeel dat hij bij zijn onderzoek steeds voldoende zorgvuldigheid heeft betracht. Huisarts 2 heeft de patiënte steeds wanneer dat nodig was doorverwezen. Wat betreft de klacht van klager die erop ziet dat huisarts 2 niet de juiste diagnose heeft gesteld, overweegt het college dat het missen van een diagnose in tuchtrechtelijke zin alleen verwijtbaar is als de wijze waarop de aangeklaagde arts tot zijn, naderhand onjuist gebleken, diagnose is gekomen in strijd zou zijn met de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwame beroepsgenoot mag worden verwacht. Het college overweegt dat na de gelaste onderzoeken in februari 2012 geen sprake was van afwijkingen en dat niet kan worden vastgesteld dat de patiënte toen al leed aan longkanker. Niet eerder dan begin oktober 2012 was sprake van zodanig ernstige klachten dat nader onderzoek van patiënte geboden was. Het college is dan ook van oordeel dat het onderzoek zoals huisarts 2 dat in september/oktober heeft uitgevoerd zorgvuldig is geweest en ook dat hij op dat moment mocht uitgaan van zijn werkdiagnose. Daarnaast heeft het college niet kunnen vaststellen dat huisarts 2 de patiënte onnodig heeft laten lijden of haar verkeerde medicijnen heeft voorgeschreven. Ook ten aanzien van huisarts 2 is het college van mening dat de klacht

in al haar onderdelen ongegrond dient te worden verklaard.

mr. drs. C. van der Kolk

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 14-10-2014

Zaaknummer:

RECHTSPRAAK

Kempenhaeghe/neuroloog

Werkgever heeft re-integratieverplichtingen volgens UWV geschonden, maar rechtbank en hof vinden dat geen reden om hervatting re-integratie op te leggen.

Werknemer (geboren in 1955) is sinds mei 2008 in dienst bij Kempenhaeghe in de functie van medisch specialist in het specialisme neurologie. Werknemer is op 10 juni 2012 op straat op zijn hoofd gevallen en is sindsdien vanwege een hersenkneuzing niet in staat de bedongen arbeid te verrichten. Werknemer is vanaf 15 oktober 2012 begonnen met re-integreren. In de onderhavige procedure (hoger beroep tegen kort gedingvonnis waarin werknemer in het ongelijk werd gesteld) vordert werknemer om Kempenhaeghe te veroordelen hem wederom toe te laten tot het werk en hem te re-integreren in zijn eigen (aangepaste) bedongen arbeid. Dit door hem voor zo veel uren als waartoe hij in staat is, onder meer slaaponderzoeken en patiëntencontacten te laten verrichten, een en ander overeenkomstig de aanwijzingen van de bedrijfsarts en hetgeen bepaald door het UWV bij deskundigenoordeel (10 februari 2014) en besluit loonsanctie (4 april 2014). Kempenhaeghe stelt zich op het standpunt dat werknemer niet in de eigen functie kan re-integreren en beroept zich daarbij op de mening van een daarvoor ingeschakelde arbeidsdeskundige en op intern onderzoek, omdat daaruit blijkt dat de veiligheid van de patiënten onvoldoende gewaarborgd kan worden. De re-integratie dient daarom gericht te zijn op het tweede – en niet het eerste – spoor.

Het hof oordeelt als volgt. Nadat duidelijk was geworden dat een verschil van inzicht bestond over de evaluatie van de re-integratie (werkzaamheden t.a.v. slaaponderzoeken en patiëntencontacten), heeft werknemer het UWV op 19 november 2013 verzocht om een deskundigenoordeel te geven. Het UWV heeft op 10 februari 2014 geoordeeld dat Kempenhaeghe onvoldoende re-integratie-inspanningen heeft geleverd. Daarbij is betrokken zowel het oordeel van de verzekeringsarts van het UWV (re-integratie bij eigen werkgever kan wel) als dat van de door de werkgever ingeschakelde arbeidsdeskundige (re-integratie bij eigen werkgever kan niet). Het UWV oordeelde onder meer dat in ieder geval gedeeltelijke werkhervatting tot de mogelijkheden behoort. Op 4 april 2014 legde het UWV ook nog eens een loonsanctie op. Naar het voorshands oordeel van het hof kan niet gezegd worden dat

Kempenhaeghe zich niets gelegen heeft laten liggen aan haar verplichting als werkgever om een actieve rol te spelen bij de re-integratie van werknemer. De bedrijfsarts is zeer actief geweest. Een arbeidsdeskundige is ingeschakeld geweest en collega's en het medisch hoofd van het Centrum voor Slaap Geneeskunde (CSG) zijn actief betrokken geweest bij de re-integratie. Het hof heeft weliswaar kritiek op de beslissing van het medisch hoofd CSG om in juli 2013 reeds na één patiëntencontact (na een eerdere poging enige maanden daarvoor) die re-integratiepoging dadelijk af te breken, zonder enige blijk van voldoende professionele distantie om zich bij zijn beslissing daartoe mede te leiden door een onafhankelijke derde of zelfs maar door de bedrijfsarts, omdat op dit oordeel blijkens de bedrijfsarts nogal wat valt af te dingen en werknemer door deze actie onnodig werd geschaad. Datzelfde heeft te gelden voor de beoordeling door directe collega's en werknemers van Kempenhaeghe van de kwaliteit van de door werknemer verrichte slaaponderzoeken. Een derde deskundige was daar niet bij betrokken, hetgeen mogelijk tot een andere discussie zoal niet tot een acceptatie door werknemer zou hebben kunnen leiden. Anderzijds valt volgens het hof moeilijk te ontkennen dat in het functioneren van werknemer (ook volgens de directe collega's) in de loop van de tijd weinig of geen verbetering valt te bespeuren (erg laag tempo, onvoldoende communicatie naar collega's en patiënten en veel fouten), ook niet op die taken die hij nog wel onder supervisie heeft kunnen verrichten. Kortom, de discussie tussen partijen spitst zich vooral toe op de effectiviteit van de re-integratieactiviteiten. Wat daar verder nog over valt op te merken of op af te dingen: naar het voorshands oordeel van het hof bestaat er op dit moment in ieder geval zo veel gerede twijfel aan de nog aanwezige capaciteiten van werknemer om als medisch specialist te functioneren én aan de mogelijkheid de nog aanwezige capaciteiten alsnog verder te ontwikkelen door re-integratieactiviteiten gericht op diens kerntaken, dat dit aan een toewijzing van de vordering (gericht op patiëntencontact en diagnose bij slaaponderzoeken) in de weg staat. Weliswaar heeft werknemer serieus te nemen professionele en persoonlijke belangen om weer aan het werk te gaan, maar daar staat tegenover dat Kempenhaeghe een eigen verantwoordelijkheid heeft dat bij haar aangemelde patiënten naar behoren worden behandeld en daarvoor is nodig dat geen twijfels bestaan over het functioneren van werknemer. Aan dat belang van Kempenhaeghe komt een doorslaggevende betekenis toe. Ten slotte geeft het hof aan zich te realiseren dat toewijzing van de vordering, die er in beginsel toe zou leiden dat ook weer de nodige supervisie door de directe collega's zou dienen te worden gegeven, mogelijk al snel tot een onwerkbaar situatie zou leiden, nu een aantal van die collega's en het medisch hoofd er blijk van hebben gegeven het vertrouwen in een goede afloop te hebben verloren. De vordering van werknemer wordt afgewezen.

mr. J.J.W. van Mens

Instantie: Gerechtshof 's-Hertogenbosch

Datum uitspraak: 14-10-2014

ECLI: ECLI:NL:GHSHE:2014:4240

Zaaknummer: HD 200.152.312_01

Advocaten: D.B. Muller en F.A.M. Knuppe

RECHTSPRAAK

X/Y

In de onderhavige zaak staat de zorg van een psychiater centraal. Deze beslissing is met name relevant voor het debat over de zorg die van psychiaters verwacht mag worden wanneer zij deel uitmaken van een behandelteam en een 'regierol' bezitten. Het tuchtcollege heeft de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en de psychiater een berisping opgelegd.

Klagers zijn de ouders van de patiënt van verweerder, psychiater, die op 29 oktober 2012 is overleden ten gevolge van suicide. In 2002 trad bij patiënt voor het eerst een psychose op en in 2003/2004 werd de diagnose 'schizofrenie van het paranoïde type' als diagnose gesteld. Na enkele jaren ambulant te zijn behandeld en begeleid door een psychiater en een sociaalpsychiatrisch verpleegkundige (SPV-er) is patiënt in 2010 verwezen naar een ambulant behandelteam, wiens werkwijze is georiënteerd op de FACT-methodiek. Het behandelteam voor deze patiënt bestond uit verweerder, psychiater en eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar, en een casemanager (verpleegkundige) en werd vanaf circa oktober 2012 aangevuld met een SPV-er. Klagers verwijten verweerder dat deze is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens patiënt had behoren te betrachten door onder andere geen nader onderzoek te verrichten naar het ziektebeeld van patiënt en onvoldoende adequaat te reageren op meermalen geuite signalen en informatie van klagers.

Het tuchtcollege wijdt eerst enkele woorden aan de ontvankelijkheid van de klagers. Klagers zijn de ouders van de inmiddels overleden patiënt, die volwassen was ten tijde van de behandeling waarop de klacht zich richt. Instemming van de patiënt met de klacht van één of meer van zijn nabestaanden zal in de regel kunnen worden verondersteld, tenzij aannemelijk is dat patiënt bij leven niet met de klacht zou hebben ingestemd.

Het tuchtcollege is van oordeel dat het eerste klachtonderdeel gegrond is. Verweerder heeft aangevoerd dat sprake is geweest van periodieke evaluatie en bevestiging van de diagnose en dat deze evaluaties onder meer in een behandelplan zijn vastgelegd. Deze documenten zijn echter niet overlegd. Aangezien het om relevante medische behandelinformatie gaat die zich

in het domein van verweerder bevindt, had verweerder deze informatie moeten overleggen ter onderbouwing van zijn stellingname. Het tuchtcollege gaat er derhalve van uit dat verweerder niet heeft voldaan aan zijn zorgplicht ten aanzien van het evalueren van een eerdergestelde diagnose. Het college benadrukt dat deze evaluatie minimaal één keer per jaar, en vaker in het geval van wijzigingen in het medicatiebeleid, dient plaats te vinden en dat deze periodieke evaluaties dienen te worden vastgelegd, omdat zij als basis dienen van het behandelplan.

Het tuchtcollege acht het klachtonderdeel, waarin wordt gesteld dat verweerder onvoldoende adequaat heeft gereageerd op geuite signalen en informatie van klagers, tevens gegrond. Het tuchtcollege wijdt allereerst een overweging aan de persoonlijke verantwoordelijkheid van professionals en de regierol. Er is bij de behandeling van patiënt gekozen voor een constructie van minimaal face-to-face-contact tussen verweerder en patiënt en frequent contact tussen de casemanager en patiënt en klagers, vanaf oktober 2012 aangevuld met de SPV-er, met interne verslaglegging daarvan. Het tuchtcollege stelt voorop dat een dergelijke invulling van een behandelteam niet wegneemt dat iedere professional verantwoording draagt voor zijn eigen handelen of nalaten. Het tuchtcollege neemt tot uitgangspunt dat het tot de verplichtingen van verweerder behoorde om, naast de zorg die hij jegens patiënt diende te betrachten, de regie te voeren over de behandeling van patiënt. Deze regierol houdt onder meer in: (i) alert te zijn op signalen van de behandeling en zich daarover te laten informeren, zo tijdig en voldoende als voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt vereist is; (ii) te toetsen 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; (iii) er in overleg met de betrokken zorgverleners op toe te zien dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen.

Meer specifiek voor deze casus stelt het tuchtcollege dat uit de interne aantekeningen (een behandelplan is immers niet overlegd) onvoldoende kon worden gedestilleerd dat sprake was van: (i) een binnen het team bestaande gezamenlijke visie en strategie ten aanzien van de behandeling; (ii) een concreet daarop gericht plan met actiepunten, meetmomenten en melding van daadwerkelijke follow-up; (iii) de daadwerkelijke inbreng van andere disciplines, zoals een psycholoog. Door klagers zijn regelmatig signalen en zorgen geuit. Het had volgens het tuchtcollege op de weg van verweerder gelegen om deze op te pikken en te vertalen in een evaluatie van de behandeling. Volgens het tuchtcollege hadden wijzigingen in de aanpak en de te leveren inspanningen overwogen moeten worden. Hiernaast is het tuchtcollege van oordeel dat verweerder zich binnen het behandelteam te veel afzijdig heeft gehouden van uiterst relevante aspecten met betrekking tot de zorg en de behandeling van patiënt. Hij heeft zich onvoldoende kenbaar vergewist van en (pro)actief uiting gegeven aan zijn aansturende en coördinerende rol binnen het team en zijn eigen verantwoordelijkheid als psychiater jegens

patiënt.

Het tuchtcollege legt verweerder de maatregel van berisping op en heeft bij de beoordeling van de mate van laakbaarheid tevens de ontwijkende proceshouding ter zitting van verweerder betrokken, waarbij geen enkele kritische reflectie op het eigen handelen en/of nalaten naar voren is gekomen.

mr. A. Rube

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 14-10-2014

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2014:94

Zaaknummer: 2013/221

Advocaten: M.J.M. Schoonhoven en J.A. Heeren

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

In de onderhavige zaak staat het handelen van een dermatoloog centraal. De klacht bestaat uit een groot aantal klachtonderdelen. Interessant zijn de overwegingen die betrekking hebben op de vraag welke bijwerkingen van een behandeling op een website vermeld dienen te worden, het belang van een informed consent, de beëindiging van een behandelrelatie en het uiten van gedachten over de psychische gesteldheid van een patiënt zonder hierbij betrokken te zijn. Het tuchtcollege heeft de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en verweerder een berisping opgelegd.

Op 12 augustus 2003 heeft verweerder, destijds werkzaam als dermatoloog in een Huis- en Laserkliniek, een botoxbehandeling uitgevoerd bij klager. Omdat deze behandeling naar de mening van klager onvoldoende effect had, bood verweerder hem een tweede botoxbehandeling aan. Klager wenste echter een andere behandeling, een anti-rimpelbehandeling met de Pulsed Dye Laser (EOS-behandeling). Deze behandeling bestaat uit twee identieke sessies die worden uitgevoerd met een tussenpoos van een aantal weken. Op 28 oktober 2003 heeft klager het eerste deel van de behandeling ondergaan, uitgevoerd door een huidtherapeute. Na deze behandeling ontstonden ontsieringen in het gezicht van de klager. Op 31 oktober 2003 heeft klager zich per e-mail over de behandeling beklagd. Hierbij heeft klager verweerder er tevens op gewezen dat de bijwerkingen ernstiger waren dan wat op de website van de kliniek stond. In een reactie heeft verweerder aangegeven dat de laser mogelijk te hoog was ingesteld en toegezegd de informatie op de website aan te passen. Op 2 februari 2004 is klager gezien door verweerder, een collega en de huidtherapeute. Klager werd geadviseerd om het tweede deel van de behandeling op een later tijdstip te ondergaan, zodat de huid eerst tot rust kon komen. Deze behandeling heeft echter nooit plaatsgevonden.

In de onderhavige procedure verwijt klager verweerder onder andere dat deze onjuiste en misleidende informatie over de laserbehandeling op de website heeft gezet en zijn belofte om de onjuistheden op de website aan te passen niet is nagekomen, klager niet heeft ingelicht

over de werkelijke mogelijke bijwerkingen van de behandeling, geen nazorg heeft verleend en de behandelrelatie heeft opgezegd en zonder toestemming van klager, en ruim drie jaar nadat hij de behandelrelatie had beëindigd, gegevens uit het medisch dossier naar de psycholoog en huisarts van klager heeft gezonden.

Het klachtonderdeel betreffende de informatie op de website acht het tuchtcollege ongegrond. Het tuchtcollege overweegt: 'Informatie op een internetwebsite behoeft volgens het tuchtcollege niet alomvattend te zijn. Zo zullen op de internetsites wel de meest voorkomende problemen na een laserbehandeling worden opgenomen, maar bestaat er geen verplichting tot het opnemen van ook de zeer uitzonderlijke problematiek'. Verweerder heeft gesteld dat de ontstane vlekken bij klager een problematiek betreft die zeer uitzonderlijk is. Dit is niet weersproken door klager. Gezien het bovenstaande oordeelt het tuchtcollege tevens dat het klachtonderdeel betreffende de belofte van verweerder om de onjuistheden op de website aan te passen, ongegrond is. De toezegging van verweerder om de informatie op de internetsite aan te passen doet niet af aan het feit dat de informatie op een internetsite niet allesomvattend behoeft te zijn. Het nalaten van de aanpassing betreft geen handeling die tuchtrechtelijk verwijtbaar is.

Het tuchtcollege oordeelt dat het klachtonderdeel, waarin wordt gesteld dat verweerder klager niet heeft ingelicht over de werkelijke mogelijke bijwerkingen van de behandeling, gegrond is. Vastgesteld kan worden dat verweerder klager niet, althans niet volledig, heeft geïnformeerd over mogelijke problemen bij de behandeling. Hiernaast is tijdens de zitting vast komen te staan dat klager geen informed consent heeft getekend en dat uit het medisch dossier evenmin blijkt dat klager volledig is ingelicht over de behandeling of de mogelijke problemen. Juist bij medisch niet-noodzakelijke handelingen is een informed consent van eminent belang.

Het tuchtcollege oordeelt dat het klachtonderdeel aangaande de nazorg en de opzegging van de behandelrelatie gegrond is. Uit het e-mailverkeer maakt het tuchtcollege op dat verweerder de behandelrelatie heeft opgezegd. Een behandelrelatie kan op basis van artikel 7:460 BW door een beroepsbeoefenaar worden opgezegd wanneer sprake is van gewichtige redenen. Het tuchtcollege oordeelt dat gesteld noch gebleken is dat sprake was van een gewichtige redenen en, zo deze al zouden hebben bestaan, dat verweerder deze redenen niet heeft meegedeeld aan klager of zijn collega.

Klager verwijt verweerder tevens dat deze zonder zijn toestemming gegevens uit het medisch dossier naar zijn psycholoog en huisarts heeft gezonden. Het tuchtcollege acht dit klachtonderdeel gegrond. Het tuchtcollege stelt dat verweerder ten tijde van het schrijven van de brief niet tot de kring van personen behoorde die rechtstreeks betrokken waren bij de

behandeling van klager. Dit heeft verweerder ter zitting ook bevestigd. Verweerder had zich daarom moeten onthouden van het doen van uitlatingen richting de behandelaars van klager.

Het tuchtcollege heeft aan verweerder de maatregel berisping opgelegd.

mr. A. Rube

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 13-10-2014

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2014:84

Zaaknummer: 13214a

Advocaten: K. Zeylmaker

Wetsartikelen: 7:46o BW en 7:448 BW

RECHTSPRAAK

IGZ/X

Huisarts heeft onvoldoende adequaat gereageerd op de gezondheidstoestand van gedetineerde bij aanmelding en binnenkomst in de PI. Medicatieverstrekking en dossiervoering is onzorgvuldig geweest. Het tuchtcollege volgt de IGZ in haar klacht: alle klachtonderdelen zijn gegrond. Inmiddels is de organisatie aangepast en verbeterd. De huisarts krijgt een waarschuwing.

De onderhavige procedure betreft een klacht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over een huisarts. Aanleiding van de klacht betreft het overlijden van een gedetineerde – verslaafde – vrouw met gezondheidsproblemen, waaronder een hoge bloeddruk. De huisarts wordt verweten 1) dat hij onvoldoende adequaat gereageerd heeft op de gezondheidstoestand van mevrouw bij aanmelding en binnenkomst, 2) dat de medicatieverstrekking onzorgvuldig is geweest en 3) dat de dossiervoering onzorgvuldig is geweest.

Het tuchtcollege heeft de drie klachtonderdelen gegrond geacht. Het heeft overwogen zich kunnen vinden in de door de IGZ aangevoerde gronden. Dit brengt met zich dat de huisarts meer informatie over mevrouw had moeten vergaren en haar eerder had moeten onderzoeken gezien verschillende zorgelijke signalen. Ook had de huisarts niet mogen volstaan met medicijncontrole achteraf en was het bezit van een actueel overzicht van het medicatiegebruik noodzakelijk. De huisarts had ook in het dossier moeten noteren dat hij de situatie van mevrouw zou gaan bespreken in het Psycho Medisch Overleg (PMO).

Met betrekking tot klachtonderdeel 1 overweegt het college nog dat de huisarts, zoals hij ook erkent, in ieder geval onzorgvuldig is geweest doordat hij de vermelding van de te hoge bloeddruk in het dossier over het hoofd heeft gezien, waarop hij nadere actie had moeten nemen.

Ten aanzien van klachtonderdeel 2 overweegt het college nog dat het de huisarts niet kan baten dat het tot het destijds gebruikelijke beleid in de instelling behoorde om te handelen zoals verweerder heeft gedaan. Het moest verweerder als ervaren arts duidelijk zijn geweest

dat deze manier van handelen met betrekking tot het voorschrijven van medicatie in strijd was met de wet (art. 7:453 BW) en de KNMG-gedragsregels (art. I.4).

Ten aanzien van klachtonderdeel 3 overweegt het college nog dat ook hier het beroep op het destijds geldende beleid in de instelling de huisarts niet kan baten, omdat hij als arts een eigen verantwoordelijkheid heeft. De stelling dat mevrouw automatisch in aanmerking kwam voor bespreking in het PMO heeft de huisarts bovendien onvoldoende onderbouwd, te meer nu de intakeverpleegkundige in het dossier had genoteerd dat er geen indicatie voor PMO was. Maar ook afgezien daarvan is het maken van een 'mentale aantekening', zoals de huisarts dat uitdrukt, bepaald onvoldoende.

Ondanks de ernst van de gedragingen heeft het college volstaan met een waarschuwing. Daartoe heeft het college overwogen dat de huisarts niet de enige was in de organisatie die voor de fouten verantwoordelijk was, maar wel als enige tuchtrechtelijk ter verantwoording is geroepen, dat de huisarts ter zitting inzicht heeft getoond in zijn tekortkomingen en, ten slotte, dat inmiddels naar aanleiding van de onderhavige klacht de organisatie is aangepast en verbeterd.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 23-10-2014

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2014:86

Zaaknummer: 1496

Advocaten: K. Zeylmaker

Wetsartikelen: 40 Wet BIG en 47 Wet BIG

RECHTSPRAAK

Disproportioneel tarief in Wmo 2015-aanbesteding?

De vraag is of een aantal gemeenten onder de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) bepaalde vormen van zorg al dan niet juist hebben geclassificeerd en of het door de gemeenten geboden tarief voor deze werkzaamheden, waarvan de hoogte wordt bepaald door de classificatie, toereikend is.

De gemeenten hebben een Europese aanbestedingsprocedure georganiseerd voor maatwerkvoorzieningen in het kader van de Wmo 2015. Hierbij hebben de gemeenten gebruikgemaakt van een conversietabel, waarmee NZa-codes (zoals deze gelden onder de AWBZ) zijn omgezet in Wmo-classificaties. Een van de zorgaanbieders stelt zich op het standpunt dat de gemeenten bepaalde zorgtaken te licht hebben ingeschaald onder de Wmo, en dat het bijbehorende tarief derhalve te laag was. De zorgaanbieder beroept zich er onder meer op dat in het overgangsjaar cliënten met een AWBZ-indicatie een onveranderde aanspraak houden op zorg.

De voorzieningenrechter wijst de vorderingen van de zorgaanbieder af. Uit de AWBZ en het overgangsrecht bij de Wmo volgt niet dat cliënten aanspraak kunnen maken op een welomschreven vorm van zorg. Het staat de zorgaanbieders dan ook vrij – binnen het kader van het geïndiceerd aantal uren dat per week zorg moet worden verleend – de exacte wijze waarop de zorg wordt verleend zelf te bepalen door bijvoorbeeld de inzet van lager gekwalificeerd personeel of het aanbieden van zorg in groepsverband.

Voorts leidt het volgens de voorzieningenrechter geen twijfel dat het de bedoeling is dat cliënten die een AWBZ-indicatie hebben, gedurende 2015 recht hebben op bepaalde op die indicatie toegesneden zorg gedurende een bepaald aantal uren. Maar er is geen aanleiding te veronderstellen dat gegarandeerd is dat die zorg ook op exact dezelfde wijze als voor 1 januari 2015 geleverd moet worden. Aangenomen moet worden dat aan de betreffende aanspraak kan worden voldaan door die zorg te verlenen op een wijze die passend is. Dat betekent dat zorgaanbieders in aanmerkelijke mate de vrijheid hebben hoe zij die zorg willen gaan verlenen. Het betekent ook dat zij de ruimte hebben die zorg zo te verlenen dat zij die tegen een lager uurtarief kunnen gaan leveren. Er is dan ook geen reden om aan te nemen dat de

gemeenten geen redelijk tarief aanbieden.

mr. D. Radder

Instantie: Rechtbank Gelderland

Datum uitspraak: 14-10-2014

ECLI: ECLI:NL:RBGEL:2014:6478

Zaaknummer: 269821

RECHTSPRAAK

Drechtsteden/NZa

NZa mocht beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen GGZ-instelling weigeren.

Zorginstellingen kunnen voor de vervolgopleiding van het (medisch) personeel bij de NZa een subsidie aanvragen, een zogeheten beschikbaarheidsbijdrage. De NZa toetst die subsidieaanvraag onder andere aan het verdeelplan dat de minister van VWS ('de minister') vaststelt. Het verdeelplan wordt vastgesteld op basis van een toewijzingsvoorstel, dat voor de sector GGZ is gemaakt door de Stichting Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ ('het CONO').

Het CONO heeft op 5 april 2012 aan alle opleidingsinstellingen (waaronder PSY Drechtsteden B.V. ('Drechtsteden')) een brief gestuurd met het verzoek de in- en doorstroomgegevens uit het opleidingsoverzicht te controleren en ontbrekende gegevens aan te vullen. In het opleidingsoverzicht is onder meer vermeld dat bij Drechtsteden geen beschikbare opleidingsplaatsen zijn. Als uiterste reactiedatum is 20 april 2012 opgenomen, waarna reacties niet meer zullen worden verwerkt bij de voorbereiding van het toewijzingsvoorstel. Drechtsteden heeft op deze brief niet gereageerd.

Het CONO heeft op 24 mei 2012 aan alle opleidingsinstellingen een brief gestuurd met het concepttoewijzingsvoorstel. Drechtsteden heeft daar op 8 juni 2012 een zienswijze op ingediend. Het CONO heeft daarop te kennen gegeven niet tegemoet te kunnen komen aan het verzoek om het concepttoewijzingsvoorstel te wijzigen, omdat Drechtsteden na 20 april 2012 heeft gereageerd. Het CONO heeft het toewijzingsvoorstel op 15 juli 2012 vastgesteld.

Drechtsteden heeft bij de NZa een aanvraag ingediend voor het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage voor twee doorstroomplaatsen van één volledige opleidingsplaats voor de opleiding tot Gezondheidszorgpsycholoog. De NZa heeft dat verzoek afgewezen en het daartegen door Drechtsteden ingediende bezwaar ongegrond verklaard, omdat de opleidingsplaatsen van Drechtsteden niet in het verdeelplan voorkomen. Drechtsteden heeft daartegen beroep ingesteld, omdat zij – kort gezegd – vindt dat de NZa had moeten afwijken van het verdeelplan, gelet op de totstandkoming daarvan.

Het CBb oordeelt dat van Drechtsteden verwacht had mogen worden dat zij naar aanleiding van de brief van 5 april 2012 contact zou hebben opgenomen met het CONO om eventuele onduidelijkheden weg te nemen en zich nader te laten informeren over de totstandkoming van het toewijzingsvoorstel en de wijze waarop zij haar doorstroomplaatsen alsnog voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking zou kunnen laten komen. Nu Drechtsteden heeft nagelaten te reageren op de brief van 5 april 2012 heeft de NZa de conclusie kunnen trekken dat de totstandkoming van het toewijzingsvoorstel niet zodanige gebreken kende dat de minister het toewijzingsvoorstel niet aan het verdeelplan ten grondslag had kunnen leggen.

Het CBb verklaart het beroep ongegrond.

mr. drs. B.A. van Schelven

Instantie: College van Beroep voor het bedrijfsleven

Datum uitspraak: 01-10-2014

ECLI: ECLI:NL:CBB:2014:376

Zaaknummer: AWB 13/722

Advocaten: M. Wiersma, A. Zelle en M. Nauta

Wetsartikelen: 4 lid 1 Besluit beschikbaarheidsbijdrage WMG en 56a Wet marktordening gezondheidszorg

RECHTSPRAAK

Apotheek X/Menzis

Zorgverzekeraar niet gebonden aan beginselen van het aanbestedingsrecht, nu inkoopprocedure niet vergelijkbaar is met aanbestedingsprocedure.

De Nederlandse Farmaceutische Zorggroep B.V. ('NFZ') sluit voor eigen rekening en risico overeenkomsten met zorgverzekeraars voor de levering van farmaceutische zorg en hulpmiddelen aan verzekerden van zorgverzekeraars. Voor de uitvoering daarvan sluit NFZ in onderaanneming overeenkomsten met apotheken.

NFZ heeft Menzis Zorgverzekeraar N.V., Azivo Zorgverzekeraar N.V. en Anderzorg N.V. (tezamen: 'Menzis') verzocht Apotheek X toe te laten als onderaannemer. Menzis heeft daarvoor geen toestemming verleend. Apotheek X heeft Menzis daarop per e-mail meegedeeld dat zij – kort gezegd – als onderaannemer in aanmerking wenst te komen voor de 'Menzis overeenkomst farmaceutische zorg 2014'. Menzis weigert dat verzoek.

Apotheek X betreft Menzis daarop in rechte en vordert – kort gezegd – Menzis te veroordelen met Apotheek X een overeenkomst te sluiten, omdat de beginselen van het aanbestedingsrecht ertoe leiden dat Menzis Apotheek X een overeenkomst moet aanbieden.

De voorzieningenrechter oordeelt dat Menzis de farmaceutische zorg niet inkoopt op een wijze die vergelijkbaar is met een aanbestedingsprocedure. Kenmerkend voor een aanbesteding is het verzoek van een aanbestedende dienst aan verschillende partijen om een aanbod aan haar te doen, met als doel de geïnteresseerde partijen een gelijke kans te geven de opdracht te verkrijgen, alsook om de concurrentie tussen de verschillende aanbieders te stimuleren. In casu is hiervan geen sprake, nu het aanbod afkomstig is van Menzis, waarbij Menzis aan alle partijen hetzelfde aanbod doet en iedere partij die dit aanbod wenst te aanvaarden – en aan de vereisten voldoet – in aanmerking komt voor een overeenkomst. Van Menzis kan derhalve niet worden verlangd dat zij de aanbestedingsrechtelijke principes in acht neemt.

De voorzieningenrechter oordeelt dat ook anderszins geen verplichting bestaat voor Menzis

met Apotheek X een overeenkomst te sluiten.

De voorzieningenrechter wijst het gevorderde af.

mr. drs. B.A. van Schelven

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 12-09-2014

ECLI: ECLI:NL:RDHA:2014:12094

Zaaknummer: C-09-470169 KG ZA 14-876

Advocaten: A.C. van der Bent en R.P. Scherer

RECHTSPRAAK

Multidag/NZa

NZa heeft eenzijdige budgetverzoeken verwerkt conform de Beleidsregel Contracteerruimte 2013.

Stichting Multidag Nijmegen ('Multidag') heeft bij de NZa een eenzijdig verzoek ingediend voor de vaststelling van een budget voor de regio Arnhem, terwijl het zorgkantoor Arnhem geen budgetverzoek ten behoeve van Multidag heeft ingediend.

Multidag heeft tevens een eenzijdig budgetverzoek ingediend voor de regio Nijmegen, terwijl zij eerder tezamen met het zorgkantoor Nijmegen een tweezijdig budgetverzoek heeft ingediend.

De NZa heeft het budget Arnhem op nihil vastgesteld en het budgetverzoek Nijmegen niet in behandeling genomen.

Multidag heeft tegen beide beslissingen bezwaar ingediend. De NZa heeft beide bezwaren ongegrond verklaard, waarop Multidag beroep heeft ingesteld.

Het CBb oordeelt dat beide eenzijdige verzoeken conform de Beleidsregel Contracteerruimte 2013 CA-300-596 ('de Beleidsregel') zijn verwerkt.

Het CBb oordeelt over het budgetverzoek Arnhem dat het zorgkantoor voor 2013 geen productieafspraken met Multidag heeft willen maken en derhalve geen aantal (q) heeft aangevraagd, zodat het budget van Multidag conform artikel 11.1.1 van de Beleidsregel op nihil is vastgesteld. Dat Multidag met het zorgkantoor geen afspraken heeft kunnen maken voor de door haar gewenste bedragen, leidt er in beginsel niet toe dat in afwijking van de Beleidsregel budget wordt toegekend.

Het CBb oordeelt over het budgetverzoek Nijmegen dat in de initiële budgetronde reeds een tweezijdig verzoek is ingediend, zodat een daarop volgend eenzijdig verzoek op grond van artikel 10.3.1 van de Beleidsregel niet in behandeling kan worden genomen.

Het CBb verklaart het beroep ongegrond.

mr. drs. B.A. van Schelven

Instantie: College van Beroep voor het bedrijfsleven

Datum uitspraak: 01-10-2014

ECLI: ECLI:NL:CBB:2014:373

Zaaknummer: AWB 13/710 AWB 13/711

Advocaten: C.C.J.M. Weijers en M.A. de Leeuw

RECHTSPRAAK

Ziekenhuisgroep Twente/NZa ii

NZa honoreert na toepassing bestuurlijke lus aanvullende versnelde afschrijving OK-units.

Het CBb heeft ten aanzien van het verzoek van Stichting Ziekenhuisgroep Twente om aanvullende versnelde afschrijving voor OK-units de NZa bij tussenuitspraak opgedragen het gebrek in het bestreden besluit te herstellen dan wel een ander besluit daarvoor in de plaats te nemen.

Het CBb constateert dat een nieuwe herbeoordeling van de bezwaren van Ziekenhuisgroep Twente heeft plaatsgevonden en dat de NZa naar aanleiding daarvan bij besluit van 24 juli 2014 een aanvullende versnelde afschrijving voor de OK-units heeft gehonoreerd. Omdat Ziekenhuisgroep Twente over dit besluit geen zienswijze naar voren heeft gebracht, neemt het CBb aan dat het besluit niet op nadere bezwaren is gestuit.

Het CBb verklaart het beroep tegen het besluit van 24 juli 2014 ongegrond.

Omdat de procedure is ontstaan naar aanleiding van het bestreden besluit van 19 juni 2012 draagt het CBb de NZa op het griffierecht aan Ziekenhuisgroep Twente te vergoeden en veroordeelt het CBb de NZa in de proceskosten.

mr. drs. B.A. van Schelven

Instantie: College van Beroep voor het bedrijfsleven

Datum uitspraak: 09-10-2014

ECLI: ECLI:NL:CBB:2014:385

Zaaknummer: AWB 12/683

Advocaten: J.J. Rijken, H.M. den Herder en C.J. de Boer

RECHTSPRAAK

Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland/Zuid-Holland

Stelselwijziging jeugdzorg. Gedeputeerde Staten hebben bij beëindiging subsidierelatie redelijke termijn als bedoeld in artikel 4:51 lid 1 Awb in acht genomen.

Het college van gedeputeerde staten van Zuid-Holland ('het College') heeft Stichting Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland ('de Stichting') bij besluit van 20 december 2012 geïnformeerd over de stelselwijziging van de financiering van jeugdzorg en aangekondigd dat de subsidierelatie met de Stichting ten aanzien van jeugdzorg per 1 januari 2015 wordt beëindigd. Het daar door de Stichting tegen gemaakte bezwaar en ingestelde beroep is ongegrond verklaard, waarop de Stichting hoger beroep heeft ingesteld.

De Stichting betoogt – kort samengevat – dat het College de beëindiging van de subsidierelatie niet mocht aankondigen, omdat niet zeker was dat de stelselwijziging doorgang zou vinden en ook niet op hoofdlijnen vaststond onder welke voorwaarden dat zou plaatsvinden.

De Afdeling oordeelt dat het College mocht uitgaan van het voornemen van de regering om de stelselwijziging per 1 januari 2015 door te voeren. De redelijke termijn als bedoeld in artikel 4:51 lid 1 Awb dient ertoe de subsidieontvanger in staat te stellen maatregelen te treffen om de gevolgen van de gehele of gedeeltelijke beëindiging van de subsidierelatie te ondervangen, waarbij een termijn van twee jaar in beginsel niet onredelijk is.

De Afdeling oordeelt voorts dat in deze situatie de beëindiging van de subsidierelatie niet het gevolg is van een beleidskeuze van het College, zodat artikel 4:51 lid 1 Awb van het College niet meer vergt dan dat het College de grootst mogelijke zorgvuldigheid betracht door tijdig de stelselwijziging aan te kondigen en zich in overleg met de bij de stelselwijzigingen betrokken instanties in te spannen een aanvaardbare overgangssituatie voor de Stichting te realiseren, maar niet dat aan de Stichting een overgangssubsidie wordt verstrekt.

De Afdeling verklaart het hoger beroep ongegrond.

mr. drs. B.A. van Schelven

Instantie: Raad van State

Datum uitspraak: 08-10-2014

ECLI: ECLI:NL:RVS:2014:3649

Zaaknummer: 201402174/1/A2

Advocaten: M.J.I. Assink en S. van Heukelom-Verhage

Wetsartikelen: 4:51 Awb

RECHTSPRAAK

X/Y

In deze zaak staat het handelen van een arts-assistent centraal. Het gaat hier om de behandeling van een patiënte op een afdeling van een kliniek. De patiënte was opgenomen in afwachting van vervolgzorg in een verzorgingstehuis. Tijdens haar verblijf wordt ze ziek. De arts-assistent wijt de klachten aan een psychische stoornis. Naar later bleek, leed de patiënte aan een longontsteking en uitdroging. Anderhalve maand na het constateren hiervan is de patiënte overleden. Het college is van mening dat er weinig structuur is op de afdeling en dat er geen duidelijke afspraken waren over de begeleiding van de patiënte. Het gebrek aan structuur kan de arts-assistent naar de mening van het college niet worden aangerekend. Wel dat de arts-assistent zich reactief opstelde en dat hij heeft nagelaten deugdelijk onderzoek te doen. De arts-assistent krijgt een maatregel opgelegd in de vorm van een waarschuwing.

Patiënte wordt op enig moment opgenomen op een afdeling van een kliniek in afwachting van vervolgzorg in een verzorgingstehuis. Klager is haar zoon. Tijdens dit verblijf krijgt patiënte op enig moment griepverschijnselen. De arts-assistent wijt de klachten aan een psychische stoornis. Op aandringen van de familie wordt bloedonderzoek verricht waaruit verhoogde infectieparameters en nierfunctiestoornissen naar voren komen. Ze wordt per ambulance overgebracht naar de SEH, alwaar een longontsteking en uitdroging wordt geconstateerd. Anderhalve maand later is patiënte overleden.

Klager is van mening dat de arts-assistent onvoldoende onderzoek heeft gedaan en dat er te laat bloedonderzoek is verricht. De arts-assistent is van mening dat er pas ten tijde van het bloedonderzoek sprake was van zichtbare ziekteverschijnselen. Daarnaast had hij een psycholoog in consult geroepen die zijn vermoeden bevestigde dat sprake was van psychische klachten.

Het college is van oordeel dat sprake was van onvoldoende structuur op de afdeling. Zo is de tensie en de vochtbalans niet structureel bijgehouden, terwijl dit wel had gemoeten. Daarnaast stond de patiënte bekend als een slechte eter en was zij net voor de opname twintig kilogram afgevallen. Ook heeft er geen multidisciplinair overleg plaatsgevonden. De organisatiegebreken kan de arts-assistent niet worden aangerekend, wel het feit dat hij zich zeer reactief heeft opgesteld. Bovendien heeft hij nagelaten deugdelijk onderzoek te doen om te bezien of de klachten van de patiënte toch een lichamelijke oorzaak konden hebben. Hij heeft zich te veel laten leiden door opmerkingen van derden. Op grond van het voorgaande is het college van oordeel dat de klacht gegrond is en acht de maatregel van een waarschuwing passend.

mr. drs. C. van der Kolk

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 13-10-2014

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2014:82

Zaaknummer: 1435

Advocaten: R. Jacobs en A.K. Sjouw

Wetsartikelen: 67 lid 3 wet BIG

ANNOTATIE

Waarmee rekening te houden bij het uitbrengen van medisch advies en deskundigenrapport?***mr. A.C. de Die en A. Hielkema***

Rolinka Wijne heeft in haar annotatie bij de uitspraak van het CTG van 30 januari 2014 de aangescherpte eisen voor het medisch advies besproken (zie GZR 2014-0063). Die vijf eisen vormen het nieuwe toetsingskader voor adviezen van medisch adviseurs en deskundigenrapporten. Ieder jaar weer laat de tuchtrechtspraak zien dat het uitbrengen van medisch advies of deskundigenrapport een heikele kwestie is, waarin de medisch adviseur het zelden goed lijkt te kunnen doen. In deze annotatie een aantal aandachtspunten.

In de zaak waarover het RTG Amsterdam op 30 september 2014 (GZR-0406) oordeelde ging het om een briefje van de medisch adviseur dat leidde tot ongenoegen. Het ging om een letselschadezaak die reeds grotendeels afgewikkeld was. Ruim een jaar na het ongeval wendde het slachtoffer zich opnieuw tot haar verzekeraar met de stelling dat zij leed aan tandenknarsen en dat dit het gevolg was van het haar overgekomen auto-ongeval. Zij werd daarin gesteund door een verklaring van haar tandarts. De medisch adviseur wilde zijn standpunt telefonisch bespreken met degene die belast was met de behandeling van de claim. Toen dat niet lukte, heeft de medisch adviseur een kort briefje geschreven waarin hij onder andere stelt dat de verklaring van de tandarts je reinste onzin is en er medisch gezien geen enkele reden is om tandenknarsen toe te schrijven aan het ongeval. Omdat de stelling zo onaannemelijk is, ziet hij ook niet direct reden om de tandheelkundig adviseur te raadplegen.

Zou dit advies aan de geldende eisen zijn getoetst, dan zou de medisch adviseur vast een tuchtrechtelijk verwijt zijn gemaakt. Zo niet in dit geval. Het ging hier naar het oordeel van het RTG niet om een formeel medisch advies, maar om 'interne correspondentie'. Dat het briefje, dat geen formele status had, toch als medisch advies aan betrokkene (slachtoffer) is doorgezonden, was in deze casus een ongelukkige gang van zaken. Het biedt het RTG echter een aangrijpingspunt om de medisch adviseurs erop te wijzen dat zij ook hun interne dossier op orde moeten hebben. Gelet op het inzagerecht kunnen betrokkenen immers kennis nemen van de inhoud van het dossier dat bij de medisch adviseur berust. Met andere woorden: arts,

wees je ervan bewust dat betrokkene inzage kan krijgen en houdt daarmee rekening bij de woordkeuze en redactie van alle stukken, ook al hebben die primair een intern karakter. De onderhavige medisch adviseur kwam weg met een ongegrondverklaring.

De waarschuwing aan de beroepsgroep van het RTG sluit aan bij het vonnis van 4 september 2014 van de Rechtbank Noord-Holland (GZR 2014-0392). Daarin bepaalde de rechtbank dat het deskundigenbericht – ook al is het bedoeld als advies voor een eerste beoordeling van het medisch handelen – kan worden ingezien door de betrokkene op basis van de Wet bescherming persoonsgegevens. De rechtbank overwoog dat het belang van de betrokkene om de rechtmatigheid van de verwerking van zijn persoonsgegevens te controleren zwaarder weegt dan het belang van de arts, wiens handelen onderwerp is van het advies, om informatie niet te verstrekken in verband met zijn klachtrechtelijke dan wel tuchtrechtelijke positie. De rechtbank sluit aan bij het oordeel van de Hoge Raad dat een ‘volledig overzicht’ als bedoeld in artikel 35 lid 2 Wbp een ruime aanduiding is (HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:AZ4663).

De medisch adviseur en de medisch deskundige moeten er terdege rekening mee houden dat hun rapportage alle relevante informatie dient te bevatten om de tuchtrechtelijke toets te doorstaan én dat de betrokkene zijn of haar dossier (met uitzondering van werkaantekeningen en gegevens betrekking hebbend op derden, vgl. Hof Amsterdam 31 januari 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BV2565) wil inzien.

In twee andere recente uitspraken zijn rapportages, opgesteld vóór januari 2014, beoordeeld op basis van de nieuw geformuleerde eisen. Op grond van het rechtszekerheidsbeginsel zijn hierbij vraagtekens te plaatsen. Het liep in beide kwesties echter mis op de eisen die al langer gehanteerd worden: een deugdelijke feitelijke onderbouwing en de deskundigheidseis.

In de ene zaak werd een Pro-Justitia-rapportage, uitgebracht in het kader van een strafzaak, beoordeeld. Daarbij kwam het belang en het gewicht van het rapport in de tuchtzaak naar voren. Zo woog het RTG Den Haag in zijn beoordeling van het rapport mee dat het rapport het advies bevatte tot oplegging van de zware maatregel TBS met dwangverpleging (RTG Den Haag 10 juni 2014, 2014.62). Het RTG Den Haag herhaalde de door het CTG geformuleerde eisen waaraan een deskundigenonderzoek moet voldoen. In casu was het rapport onder verantwoordelijkheid van een klinisch psycholoog uitgebracht, daarbij geassisteerd door een basis psycholoog, in opleiding tot rapporterend psycholoog. Tegen assistentie had het RTG geen bezwaar, maar het oordeelde wel dat in een dergelijk geval duidelijk beschreven moet zijn welke rolverdeling zij hanteerden en (onder andere) op dat punt schoot het rapport tekort.

In een andere uitspraak van het RTG Den Haag (19 augustus 2014, 2014.90) bracht een

psychiater een rapport uit in verband met een geschil over een arbeidsongeschiktheidsuitkering. De in het rapport genoemde feiten en omstandigheden waren onvoldoende om de genoemde diagnose te rechtvaardigen. Het rapport voldeed niet aan het vereiste dat op inzichtelijke en consistente wijze wordt uiteengezet op welke grond de conclusie steunt.

Dat een deskundige of medisch adviseur zich er terdege van bewust moet zijn dat het uitbrengen van een advies, een rapport of een bericht aan de aangescherpte eisen moet voldoen is één ding. Dat het nieuwe toetsingskader ook voor adviezen en rapporten van vóór de aanscherping geldt, zoals tot uitdrukking komt in de aangehaalde uitspraken, lijkt ons in strijd met het rechtszekerheidsbeginsel. Wanneer onderliggende stukken via de Wbp aan betrokkenen moeten worden verstrekt, kunnen de deskundige en de medisch adviseur dubbel verrast worden. Eenmaal aan de betrokkene verstrekt op grond van de Wbp, kan de betrokkene het handelen van de medisch adviseur of deskundige uiteraard ter toetsing voorleggen aan de tuchtrechter. Bestaande richtsnoeren kunnen de medisch adviseurs en deskundigen mogelijk helpen behoeden voor gegronde verklaarde klachten. Aan te bevelen is in elk geval kennis te nemen van het materiaal en de aanbevelingen van de Projectgroep Medische deskundigen in de rechtspleging van de faculteit Rechtsgeleerdheid van de VU (zie: <http://www.rechten.vu.nl/nl/onderzoek/organisatie/onderzoeksinstituten-en-centra/projectgroep-medische-deskundigen>).