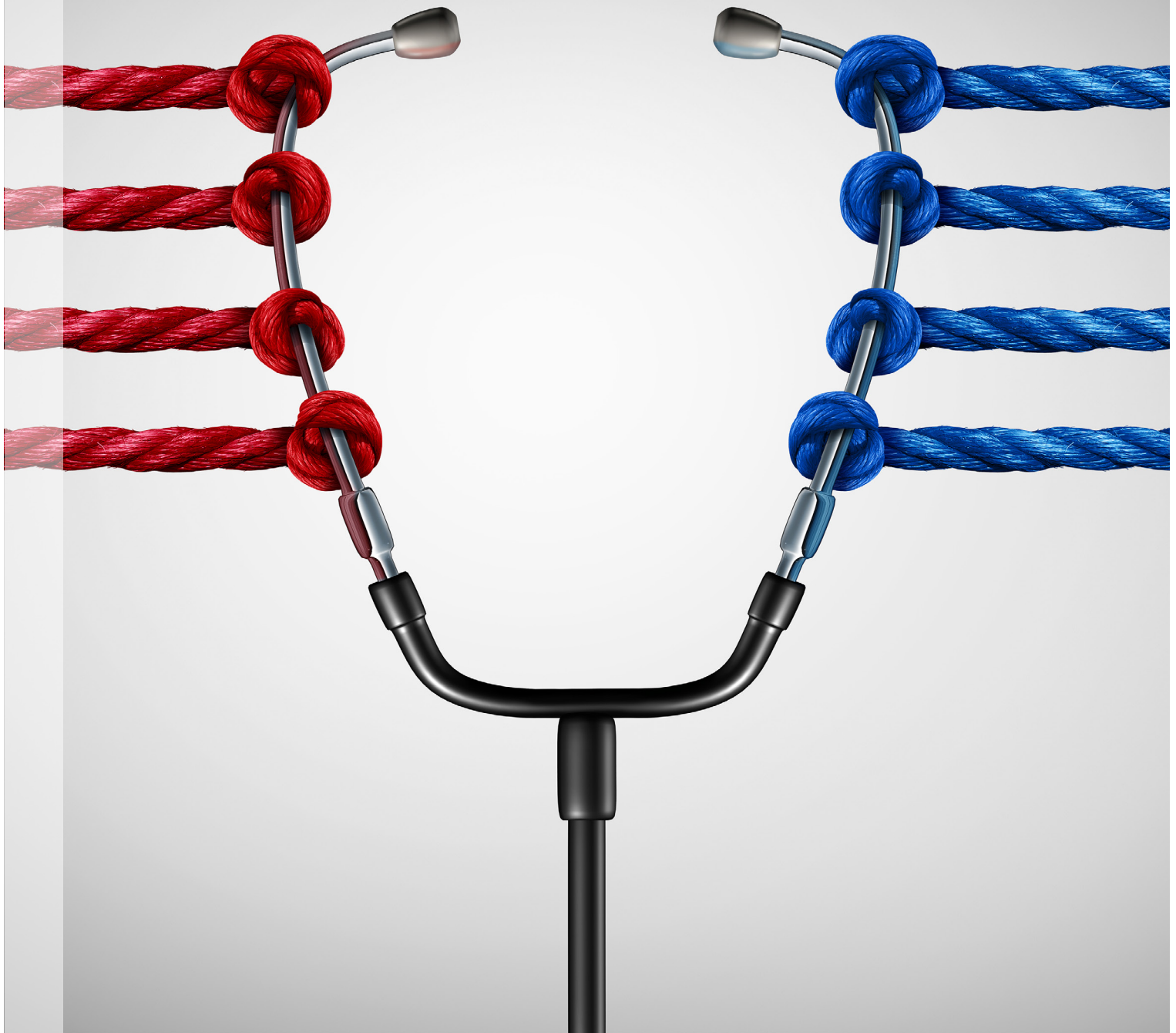


GEZONDHEIDSRECHTELIJKE KWESTIES



Vakgroep Huisartsgeneeskunde | Faculty of Health, Medicine and Life Sciences (FHML)

Colofon

Redactie

Babette Doorn

Auteur artikelen

Mr. Arie de Jong werkte als gevestigd huisarts in Goirle sinds 1983. Na zijn praktijkoverdracht in december 2017, blijft hij als waarnemer. Sinds 2006 is hij lid van het regionaal tuchtcollege in Eindhoven.

Arie was jarenlang huisartsopleider; later werd hij ook huisartsbegeleider (HAB).

Vanaf 2018 is hij als docent verbonden aan de Huisartsopleiding Maastricht; ook is hij, samen met Marieke Kools, coördinator van de huisartsopleiders.

Contact:

arie.dejong@maastrichtuniversity.nl

Doelgroep

Aios van de Huisartsopleiding Maastricht krijgen deze uitgave aangeboden als lesstof. Verder is deze materie voor elke huisarts of geïnteresseerde geschikt.

E-mail

op1lijn@maastrichtuniversity.nl

Postadres

Vakgroep Huisartsgeneeskunde
Huisartsopleiding Maastricht
Universiteit Maastricht
Postbus 616
6200 MD Maastricht

Bezoekadres

P. Debyeplein 1
6229 HA Maastricht

Website

www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl

KNMG

knmg.artsennet.nl

Onder 'dossiers' is veel relevante en interessante informatie te vinden zoals 'Praktijkdilemma's'.

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Deze brochure wordt jaarlijks geüpdatet
Versie december 2020

Inhoudsopgave

Voorwoord	3
Triage in tijden van corona	4
Wijzigingen in de WGBO per 01-01-2020	8
Zinloos medisch handelen: een beslissing van de arts	10
Nieuwe wet zorg en dwang, nu ook dwangzorg in de thuissituatie mogelijk!	12
Wijzigingen in het tuchtrecht voor hulpverleners	16
Euthanasie bij dementie, wees overtuigd!	18
Uw wil geschiede?	20
De nieuwe donorwet: andere rol voor de huisarts?	22
Dossier, informatie en toestemming	24
Shared decision making in de WGBO?	26
Interprofessioneel teamoverleg	30
Een frisse blik op de lijkschouw	34
De beste preventie tegen disfunctioneren is focus op goed functioneren!	38
Nieuwe wet, nieuwe kansen?	40
Verantwoordelijkheid huisarts bij rijvaardigheidsproblematiek	42
Ons beroepsgeheim in het doolhof van het sociale domein	44
Gezag	46
Minder machteloos met de nieuwe meldcode	48
Heeft een patiënt ook plichten?	52
Grenzen aan kritische uitlatingen over artsen op het internet?	54
Werkzaamheden van de tuchtcolleges	56
Disfunctioneren	58
Wie is de verantwoordelijke dokter?	60
Wanneer is samenwerking in de zorg voldoende?	62
Dwang en drang in de geneeskunde?	64
Hoe heilig is het beroepsgeheim nog in de toekomst?	66
Mag een arts een patiënt weigeren of uit de praktijk zetten?	68
Huisarts knel tussen wet en praktijk	70
Notities	72

Voorwoord

Vanuit de zij-lijn

Het blad Op één Lijn van de vakgroep Huisartsgeneeskunde Maastricht werd opgericht in 1999. Het was bedoeld als gezamenlijk informatieblad vanuit onze afdeling, dat op een vast moment, volgens een vast format naar een vaste groep lezers zou gaan. In die tijd had nog niet iedereen de beschikking over e-mail en internet. In die tijd verstuurde je brieven aan praktijken of je stuurde een fax. Onderzoekers stuurden nieuwsbrieven om de deelnemers aan hun studie te informeren. Zij knutselden, stencilden en vulden enveloppes. Behalve nadelen had die werkwijze ook zijn charme. Het plan om onze informatiestroom vanuit de 'ivoren toren' te bundelen voor het veld, viel ook bij huisartsen in goede aarde.



In 2004 ging de redactie op bezoek bij huisarts mr. Arie de Jong in Goirle voor een interview (zie foto). Al vragende kwamen we erachter dat hij behalve huisarts ook een opleiding in de rechten had voltooid. Als huisartsopleider nam Arie zijn haio's mee naar zittingen van de Tuchtraad. Uiterst leerzaam. Je hoopt immers als arts dat je nooit met de Tuchtcommissie te maken krijgt, maar mocht het wel op je pad komen, dan kan je maar beter voorbereid zijn.

In deze snel veranderende wereld, moet ook de wetgeving meegaan met die veranderingen. Daarnaast worden patiënten steeds mondiger en krijgen zij steeds meer toegang tot klachtenregelingen. De samenleving is transparanter (maar niet minder ingewikkeld) en sneller.

De politiek verzint telkens wat nieuws en organisaties en regelgeving moeten volgen. Dit leidt geregeld tot andere samenwerkingsvormen, andere afspraken en andere rechten en plichten.

De huisarts en de wet

De huisarts kan zich niet onttrekken aan juridische zaken, je krijgt er vroeg of laat mee te maken. Wil je voorbereid zijn of kennis van zaken ontwikkelen, dan moet je je bijscholen. De wetbundels en aanverwante literatuur zijn meestal niet uitnodigend voor de doorsnee huisarts (in opleiding). Prima als naslagwerk, maar niet om door te spitten zoals het leerboek 'Kleine kwalen in de Huisartsgeneeskunde'. Leren kan je ook van een andere huisarts, van mr. Arie de Jong.

In 2011 ontstond het idee om een vaste column in Op één Lijn over 'Gezondheidsrechtelijke kwesties' te starten. Samen bedachten we een onderwerp of actueel thema, dat vervolgens in een scholingsartikel werd samengevat. Arie zorgde voor alle relevante wetsartikelen, de redactie hielp bij de leesbaarheid en de vormgeving.



In 2013 kwam Arie de Jong in Maastricht werken als HAB (Huisartsbegeleider) bij het onderwijs aan de aios. Op één Lijn werd gebruikt bij dat onderwijs. Zodoende ontstond het idee om alle gepubliceerde artikelen te bundelen in een aparte uitgave, een zijlijn. Dit hebben we nu gedaan, waarbij het oudste artikel achteraan staat en het meest recente vooraan. Zo blijft het boekje actueel. Ook zullen er nog artikelen bij gaan komen in de toekomst. Eens per jaar zullen we het boekje aanvullen, actualiseren en aanbieden aan onze aios en overig geïnteresseerden.

Veel lees- en leerplezier. Mocht u wensen, feedback of tips hebben voor Arie de Jong om over te schrijven: laat het ons weten via op1lijn@maastrichtuniversity.nl.

Babette Doorn

Hoofdredacteur Op één Lijn



Gezondheidsrechtelijke kwesties

Triage in tijden van corona¹

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST EN NATHALIE NOTERMANS, DERDEJAARS AIOS HUISARTSGENEESKUNDE

Op 16 juni 2020 presenteerden de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de Artsenfederatie KNMG het draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor ic-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie'.² Het draaiboek beschrijft hoe artsen moeten beslissen over wie er wel en wie niet een ic-plek krijgt, als in een mogelijk volgende golf van de coronapandemie de druk op de IC landelijk zo hoog oploopt dat er tekorten ontstaan. Het draaiboek is door de FMS en de KNMG voorgelegd aan de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).³

Het draaiboek is bedoeld voor 'code zwart', daar waar keuzes gemaakt moeten worden over de rand van het medisch domein en artsen moreel ethische uitgangspunten nodig hebben om keuzes te maken.

Een mooi moment om te kijken naar de uitgangspunten van deze moreel ethische onderbouwing van dit draaiboek. Ook omdat het iets zegt over de moreel ethische overwegingen van de Nederlandse overheid.⁴ We schetsen allereerst het wettelijk kader waar de overheid zich aan moet houden en richten ons dan op de discussie over botsende grondrechten en de morele en ethische oplossing daarvoor.

De wettelijke grenzen van de overheid

Onder het kopje 'verantwoording' staat in het draaiboek dat de IGJ een beroep heeft gedaan op de FMS en de KNMG 'om regie te voeren over het opstellen van het draaiboek' maar ook dat de IGJ 'niet in de positie is om een oordeel uit te spreken of goedkeuring te verlenen aan de inhoudelijke afwegingen, maar begrijpt de noodzaak om met dit Draaiboek de zeer complexe keuzes te kunnen rechtvaardigen.

De IGJ benadrukt dat het Draaiboek geldt als invulling van de

norm voor goede zorg op basis van de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). De overheid laat het dus aan het werkveld over en houdt zich afzijdig. Kan de overheid dit zomaar doen?⁵ Wat is het speelveld waarin de overheid zich beweegt? Is het niet de taak van de overheid om te zorgen dat code zwart zich niet voordoet? En wanneer het zich wel voordoet, zij dan zelf het ethisch model schetst waarmee beslist moet worden?

Rechtsbronnen

De grenzen van het recht worden bepaald door de rechtsbronnen. Allereerst zijn daar de bovennationale rechtsbronnen waaraan Nederland zich verbonden heeft, te weten de internationale mensenrechtenverdragen⁶ en het recht van de Europese Unie.⁷ Op nationaal niveau hebben we dan te maken met de Grondwet (GW) en talloze gezondheidsrechtelijke wetten.⁸

Naast deze wetten en verdragen moet de overheid zich ook nog houden algemene rechtsbeginselen⁹ en jurisprudentie.

De IGJ plaatst het draaiboek in het kader van de Wkkgz, als invulling van de norm voor goede zorg.

Dat zou nog kunnen gelden voor stap A en B van fase 3 in het Draaiboek (zie bovenstaande figuur). Hier staan medische

argumenten op de voorgrond. Die medische argumenten komen dan uit het Draaiboek Pandemie met inclusie- en exclusiecriteria. Bij stap C is er op medische gronden geen onderscheid meer te maken en gaat het alleen om niet-medische gronden. Toch hebben de FMS en KNMG zich laten verleiden om ook hier criteria voor op te stellen, zonder dat de overheid een ethisch model heeft aangereikt. Het is begrijpelijk, dat zorgverleners in crisissituatie willen weten hoe te handelen en het is prijzenswaardig dat er een adviesgroep is opgericht met ethici die het kader gemaakt hebben op basis van een aantal uitgangspunten. Maar hier had een grens getrokken moeten worden en had de overheid het ethisch kader moeten geven. Schaarste in een welvarend land is een keuze van jarenlang gezondheidszorgbeleid. Fase 3 stap C is ook de fase waar verdrags- en grondrechten gaan botsen. Het is heel begrijpelijk dat artsen in de frontlinie niet willen wachten op een trage politieke besluitvorming en snel een werkzame richtlijn willen hebben, maar nu die er ligt is het tijd om te reflecteren en de verantwoordelijkheid daar te leggen waar die thuishoort. Crisissituaties veroorzaken geen problemen, maar leggen al langer bestaande problematiek pijnlijk bloot.

Ethische theorieën

Binnen de gezondheidsethiek worden verschillende filosofische stromingen gezien waaraan we ons handelen moreel kunnen toetsen. De meest bekende stromingen zullen we hieronder kort toelichten, waarna we de rangschikking van voorrang die in fase 3C wordt gehanteerd, zullen proberen te plaatsen binnen deze stromingen.

Deontologie is de filosofische stroming die ook wel 'plichtethiek' wordt genoemd. Deze vorm van ethiek beschrijft dat een bepaalde handeling alleen intrinsiek goed of slecht kan zijn, ongeacht de uitkomst. Het gaat bij de deontologie dus om je *intentie*, niet om de consequentie. De bekendste filosoof die dit beschreef is Emmanuel Kant.

Hij stelt met zijn 'categorisch imperatief' een belangrijke gedragsregel binnen de deontologie: 'gedraag je altijd zoals je zou willen dat iedereen zich zou gedragen'.¹⁰

Recht tegenover de deontologie staat het utilisme als filosofische stroming. Het utilisme hanteert als uitgangspunt dat het 'goede' van een handeling wordt bepaald door de uitkomst. In morele dilemma's streeft het utilisme naar de grootste bijdrage aan het algemeen welzijn of geluk voor het grootste aantal mensen.¹¹ Een voorbeeld: het utilisme keurt liegen soms goed, wanneer er schade mee kan worden voorkomen. De deontologie keurt liegen altijd af, wat de potentiële uitkomst ook kan zijn. John Stuart Mill is een bekende utilist, en heeft het in zijn werk over het streven naar 'het grootste geluk voor de gemeenschap'.

De meest besproken ethische theorie binnen de medische wereld is de principe-ethiek van Tom Beauchamp.¹² Elke arts kan zijn vier principes benoemen, aangezien het beperkte ethiekonderwijs in de geneeskunde opleiding zich vooral hierop focust. Weldoen, niet schaden, autonomie en rechtvaardigheid geven in de praktijk vaak de richting aan ons medisch handelen. De principe-ethiek is afgeleid van de deugdeethiek, zoals beschreven door Aristoteles, waarin het gaat om de juiste 'waarde' of 'deugd' die een handeling bepaalt.¹³

Een andere, minder bekende, stroming in de gezondheidsethiek is de zorgethiek van Joan Tronto. Deze focust zich op de (zorg)relatie en de verantwoordelijkheden die hierbij horen. Hiermee wordt niet zo zeer de handeling zelf bepalend, maar vooral de context om de handeling heen.¹⁴

1 Naar analogie van 'Liefde in tijden van Cholera', Gabriel García Márquez, Er is altijd liefde nodig om vol te houden en liefde is van alle leeftijden.
2 Het is tot stand gekomen met medewerking van medisch specialisten van verschillende wetenschappelijke verenigingen, een aantal gerenommeerde hoogleraren (medische) ethiek en filosofie en de KNMG.
3 Op verzoek van de IGJ heeft de KNMG het draaiboek uitvoerig besproken met bestuurders van verschillende maatschappelijke en zorgorganisaties, te weten ActiZ, ANBO, KBO-PCOB, LHV, NFU, NHG, NOOM, NVAVG, NVZ, Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, Verenso en VGN.
4 Die ook tot het besluit van de Nederlandse politiek hebben geleid om geen 500 kinderen zonder ouders uit een vluchtelingenkamp in Griekenland in dit land toe te laten.

5 Er zijn dan ook terecht Kamervragen gesteld: Vragen van het lid Pia Dijkstra (D66) aan de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor Medische Zorg over de reactie van het kabinet op het «Draaiboek triage op basis van niet medische overwegingen voor ic-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie» (ingezonden 18 juni 2020).
6 De belangrijkste zijn; De Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (UVRM, 1948), het Internationale Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (IVBPR, 1966), het Internationale Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten (IVESCR, 1966), het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK, 1989) en het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (2006).
7 De belangrijkste hier zijn; Het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (ERVM, 1950), het Europees Sociaal Handvest (1961) en het Biogeneeskundeverdrag (1997, overigens door Nederland wel ondertekend maar niet geratificeerd).
8 Op dit moment zijn er 96 gezondheidsrechtelijke wetten opgenomen in de bundel Gezondheidsrecht van de SDU, met de internationale wetten en verdragen erbij zo'n 105
9 De algemene beginselen van behoorlijk bestuur zoals: het zorgvuldigheidsbeginsel, het fair play beginsel en het motiveringsbeginsel bij het tot stand komen van besluiten, maar ook het verbod van détournement de pouvoir, het verbod van willekeur, het rechtszekerheid en vertrouwensbeginsel, het gelijkheidsbeginsel en het evenredigheidsbeginsel die betrekking hebben op de inhoud van een besluit.

10 David A. McNaughton and J. Piers Rawling, 'Deontology', in: Principles of Health Care Ethics, 2nd edition, Richard E. Ashcroft, Angus Dawson, Heather Draper, John R. McMillan, Wiley 2007
11 R. M. Hare, 'A Utilitarian Approach', in: A Companion to Bioethics, 2nd edition, Helga Kuhse & Peter Singer, Wiley-Blackwell 2012
12 Tom L. Beauchamp, 'The 'Four Principles' Approach to Health Care Ethics', in: Principles of Health Care Ethics, 2nd edition, Richard E. Ashcroft, Angus Dawson, Heather Draper, John R. McMillan, Wiley 2007
13 Justin Oakley, 'Virtue Theory', in: Principles of Health Care Ethics, 2nd edition, Richard E. Ashcroft, Angus Dawson, Heather Draper, John R. McMillan, Wiley 2007
14 Vicky D. Lachmann, 'Applying the Ethics of Care to your Nursing Practice', MEDSURG Nursing, Mar/Apr 2012, Vol 21 Issue 2, pp. 113-116

Terug naar het draaiboek

Fase 3C

De ordening van patiëntenvoorrang die in stap C van Fase 3 wordt gehanteerd is de volgende:

- Toepassen van (**medische**) **exclusiecriteria** zoals in het Draaiboek Pandemie geformuleerd voor fase 3 stap A en stap B.
- Voorrang voor patiënten die naar verwachting een **relatief korte ic-opname** nodig hebben.
- Voorrang voor mensen die **werkzaam zijn in de zorg**, die beroepsmatig veelvuldig en **risicovol contact** met verschillende patiënten gehad hebben én een landelijke of regionale schaarste van materiaal voor persoonlijke bescherming is vastgesteld.
- Voorrang voor patiënten uit een **jongere generatie**: 0-20 jaar; 20-40 jaar; 40-60 jaar; 60-80 jaar en 80+ jaar.
- Indien a) t/m d) geen uitsluitsel biedt: een procedure gebaseerd op **toeval** (loting of 'first come, first serve').

Binnen bovenstaande uitgangspunten wordt geen expliciete morele theorie onderschreven, maar de adviesgroep baseert zich op een aantal uitgangspunten:

- Ieder mens is gelijkwaardig;
- Zoveel mogelijk levens willen redden;
- Rechtvaardigheid: gelijken gelijk, en ongelijken ongelijk behandelen. Als het gaat om zorgbehoefte is iedereen die de IC nodig heeft, gelijk (namelijk in levensgevaar).

Het draaiboek zou ertoe moeten leiden, dat er dus geen moreel onderscheid wordt gemaakt tussen de koning en een dakloze. Wanneer zij medisch gezien een gelijkwaardige kans hebben op herstel, een vergelijkbare ic-opname nodig hebben en in dezelfde leeftijdscategorie zitten, dan zou de dakloze op basis van loting dus eerder in aanmerking kunnen komen voor een ic-behandeling dan de koning.

Voorrang geven aan patiënten met een relatief korte ic-duur is een utilistisch perspectief. We willen zoveel mogelijk levens redden, het maakt niet uit welke levens. Hoe korter iemand op de IC ligt, hoe eerder er plek is voor een volgende patiënt. Iemand van 60 die kortdurend moet herstellen van een operatie heeft dan dus voorrang op iemand van 30 met corona, waarvan we weten dat dit een gemiddelde ic-opname van 2-3 weken kost.

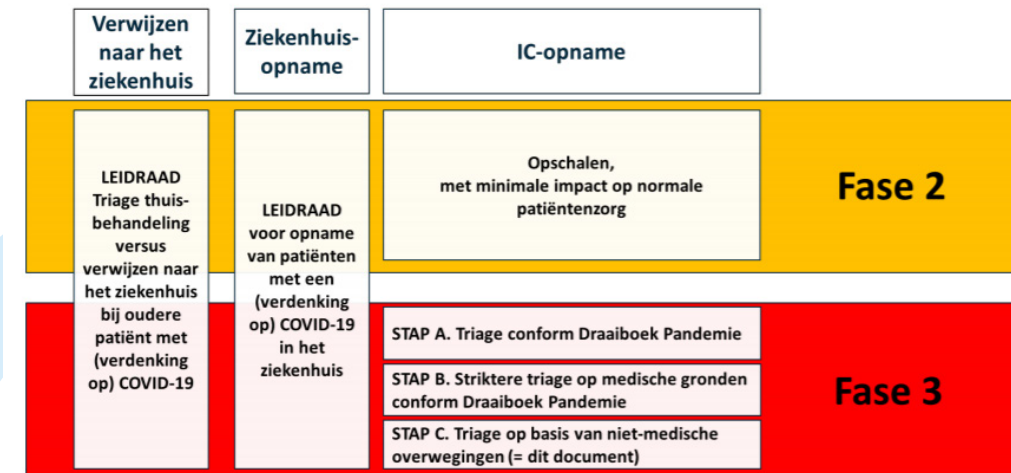
Toch lijkt het utilistisch perspectief niet volledig doorgetrokken in dit draaiboek. Het zou tenslotte 'utilistisch' zijn om risicogroepen te beschermen, terwijl ondertussen de niet-risicogroepen zo veel mogelijk het normale leven kunnen leiden. Verpleeghuizen op slot, risicogroepen thuisblijven, en de rest kan de deur weer uit. Deze visie is echter niet wat het kabinet, maar ook een groot deel van de maatschappij voor ogen heeft. Er is expliciet aangegeven dat we ook de risicogroepen nog zo veel mogelijk 'kwaliteit van leven' willen geven, en daarbij hoort absoluut het ontvangen van bezoek.

Voorrang geven voor mensen die werkzaam zijn in de zorg, met risicovolle contacten én een schaarste aan persoonlijk beschermingsmateriaal hebben ervaren, lijkt ook vanuit het utilisme gebaseerd. Niet omdat deze zorgmedewerkers zo snel mogelijk terug moeten naar de werkvloer, we weten inmiddels dat de revalidatie zwaar en langdurig is. Deze ordening lijkt met name te moeten voorkomen, dat bij een eventuele tweede golf grote groepen zorgmedewerkers het werk neerleggen uit angst bij besmetting niet op een IC terecht te komen. De vraag is hoe goed dit gehandhaafd kan worden: is er voldoende inzicht op regionale schaarste van persoonlijke beschermingsmiddelen? En hoe zit het met de andere vitale beroepen?

Tenslotte wordt er, tot onvrede van velen, toch een leeftijds criterium gehanteerd. De adviesgroep beroept zich hiermee op 'intergenerationele solidariteit' en het 'fair innings principe'.¹ Men wil daarmee niet zeggen dat het leven van een 80-jarige minder waard is dan dat van een 20-jarige, maar gaat ervan uit dat elke 80-jarige het iedere 20-jarige gunt om ook in potentie 80 jaar te kunnen worden. Op die manier krijgt iedereen de gelijkwaardige kans om het tot een volgende generatie te schoppen.

Maar hoeveel solidariteit is er nog over in Nederland? Onze maatschappij is hier dan wel op gebaseerd, met nivellerende belastingen en zorgpremie, het fenomeen 'intergenerationele solidariteit' is iets wat niet eerder zo benadrukt werd. In tegenstelling tot andere landen, staan Nederlanders er ook niet om bekend, dat ze hun bejaarde ouders in huis te nemen

¹ Zee, van der, et al., Rechtvaardige Selectie Bij Een Pandemie, Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2012.



Figuur 3. Overzicht van documenten die ten tijde van de verschillende fases van crisis gevolgd dienen te worden voor de besluitvorming op drie verschillende momenten: wel/niet verwijzen naar het ziekenhuis, wel/niet ziekenhuisopname en wel/niet IC-opname

en tot de dood toe verzorgen. Hoeveel solidariteit met de ouderen blijft erover als je jongeren vraagt om vooral niet op bezoek te gaan bij hun bejaarde grootouders?

Morele keuze

In het draaiboek staat niet beschreven achter welke ethische stroming het draaiboek zich voegt. Toch lijkt het, zoals hierboven beschreven, met name het utilisme als uitgangspunt genomen te hebben. De keuze voor het utilisme is logisch te verklaren: het principe van 'de beste uitkomstmaten voor de grootste groep' is in tijden van crisis goed verdedigbaar. Iedereen staat tenslotte achter het doel om zoveel mogelijk levens te redden.

Ook lijkt de principe-ethiek een rol te spelen, met gelijkheid en rechtvaardigheid als belangrijkste uitgangspunten. Hierin komt het draaiboek dichtbij de 'vier principes ethiek' zoals de meeste artsen geschoold zijn. Dit zal het voor artsen wellicht makkelijker maken om de ordening in de triage te kunnen hanteren.

De keuze om verpleeghuizen zoveel mogelijk open te laten, laat zien, dat er toch ook wat deontologie zichtbaar is in de filosofie van het kabinet. De kwaliteit van leven wordt hierin belangrijker geacht dan eventuele 'winst' voor de grotere

groep jongere mensen.

Interessant is dat het kabinet zich fel heeft uitgesproken tegen het leeftijds criterium², terwijl ouderenorganisaties zich hier genuanceerder over uitlaten³. Tijdens focusgroepen afgelopen zomer bij seniorenorganisaties bleek, dat er begrip is vanuit de ouderen voor de keuzes die gemaakt worden in het draaiboek. De experts beschouwen het als rechtvaardig om een jongere generatie voorrang te geven boven een oudere generatie, omdat iedereen in de loop van zijn of haar leven gelijke mogelijkheden zou moeten krijgen.

Conclusie

Na de presentatie van het draaiboek vlakke de curve van nieuwe ic-patiënten af en konden we dus in relatieve rust reflecteren op de ethische theorieën die ons door een volgende, zwaardere golf heen moeten loodsen. Of het draaiboek daadwerkelijk in de praktijk gaat worden gebracht, is de vraag. In november wordt het opnieuw aan de inspectie voorgelegd.

² Michiel van der Geest, 'Artsen en ethici: bij 'code zwart' op ic's moeten jongeren voorrang krijgen', de Volkskrant, 16 jun 2020

³ Ilse Kleijne, "Goede uitleg ic-draaiboek cruciaal voor ouderen", Medisch Contact, 14 okt 2020

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Wijzigingen in de WGBO per 01-01-2020

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS EN JURIST

Inleiding

In 'Op een Lijn' nummer 58 uit juli 2017, werd al aangekondigd dat de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) aangepast zou worden. Het heeft echter tot 1 januari 2020 geduurd voordat het wetgevingsproces afgerond was en de (aangepaste) wijzigingen werkelijkheid werden. Uiteindelijk hielden slechts de volgende wijzigingen stand:

- er is een aanvulling op de informatieplicht
- de bewaartermijnen zijn verlengd naar 20 jaar
- het inzagerecht voor nabestaanden is aangepast

In het onderstaande lopen we de wijzigingen langs met aandacht voor de gevolgen in de praktijk. Een deel van de aanpassingen in de WGBO is geen echte nieuwe wetgeving, maar codificatie van bestaande jurisprudentie van (met name) de tuchtrechter.

Aanvulling op de informatieplicht

De belangrijkste wijzigingen betreffen art. 7:448 BW die gaan over het verstrekken van inlichtingen aan de patiënt bij de behandelingsovereenkomst.

Lid 1 was: De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk, in over het voorgenomen onderzoek etc.

Lid 1 is geworden: De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze in, die past bij zijn **bevattingvermogen**, en **overlegt tijdig** met de patiënt.

Lid 2 was: De hulpverlener laat zich bij de uitvoering van lid 1 leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijs dient te weten ten aanzien van:

- Aard en doel onderzoek/ behandeling/verrichtingen
- Te verwachten gevolgen en risico's
- Alternatieven
- Staat en vooruitzichten met betrekking tot de gezondheid in relatie tot onderzoek en behandeling

Lid 2 is geworden: De hulpverlener laat zich bij de uitvoering van lid 1 leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijs dient te weten ten aanzien van:

1. Aard en doel van het **voorgenomen** onderzoek en **voorgestelde** behandeling/ verrichtingen
2. Te verwachten gevolgen en risico's van 1 en bij **niet-behandeling**

3. Alternatieven, **al dan niet uitgevoerd door andere hulpverleners**
4. De staat en vooruitzichten met betrekking tot gezondheid in relatie tot **mogelijke methoden van onderzoek en behandelingen**
5. De termijn waarop onderzoek en behandelingen kunnen plaatsvinden en de verwachte tijdsduur ervan

Een nieuw lid 3 (*lid 3 oud wordt lid 4*): **De hulpverlener stelt zich tijdens het overleg op de hoogte van de situatie en de behoeften van de patiënt en nodigt de patiënt uit om vragen te stellen en verstrekt desgevraagd (aanvullend op lid 2) schriftelijk of elektronisch informatie.**

De ratio achter deze verandering is, dat het klassieke medisch model meer een relatiemodel is geworden, door versterking van de positie van de patiënt met een poging tot het opheffen van een informatieachterstand van de patiënt en met shared decision-making hoog in het vaandel (informed consent 2.o). De nadruk ligt dan ook op tijdig⁵ overleggen, passend bij het bevattingvermogen van de patiënt (nagaan of de patiënt de verstrekte informatie heeft begrepen⁶). Informatie over de mogelijkheid en de gevolgen van niet behandelen of het behandelen door andere hulpverleners. Ook is nieuw dat er geïnformeerd moet worden over wachttijden voor behandeling en onderzoek. Verder is nieuw, dat de hulpverlener per 1 januari van dit jaar zich op de hoogte moet stellen van de situatie en behoeften van de patiënt en dat de patiënt uitgenodigd wordt tot het stellen van vragen³.

Voor al het zich op de hoogte stellen van de situatie en behoeften van de patiënt zal nog de nodige vragen oproepen, omdat niet omschreven is wat er daarna moet gebeuren. De Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz) spreekt nog van reële behoeften van de patiënt, hetgeen al wat genuanceerder is⁴.

- 1 RTG Groningen 16 oktober 2018, ECLI:NL:TGZRGRO:2018:60, in ieder geval als er iets last minute wijzigt
- 2 RTG Eindhoven 15 maart 2017 ECLI:NL:TGZREIN:2017:37, waarbij taalproblemen geen argument mogen zijn om het niet te doen
- 3 RTG Eindhoven 31 juli 2019, ECLI:NL:TGZREIN:2019:41, een standaard informed consent was hier onvoldoende
- 4 Artikel 2

Het in het dossier noteren van wilsonbekwaamheid en het noteren van een besluit tot een ingrijpende verrichting heeft de parlementaire discussie niet overleefd⁵.

Bewaartermijn naar 20 jaar

De bewaartermijn is van 15 jaar naar 20 jaar verlengd⁶. Nieuw is wel, dat die termijn pas gaat lopen na de laatste aantekening/wijziging in het dossier. Dat betekent in de praktijk dat gegevens veel langer dan 20 jaar bewaard zullen worden.

Inzagerecht voor nabestaanden

Omdat het beroepsgeheim blijft gelden na de dood, was het voor nabestaanden soms moeilijk om inzage te krijgen na iemands overlijden, behalve in geval van:

- een wettelijke plicht
- veronderstelde toestemming (reconstructie van de wil van de overledene) en een gerechtvaardigd belang (uit jurisprudentie)
- een zwaarwegend belang (uit jurisprudentie)⁷
- een conflict van plichten situatie.

Sinds 1 januari 2020 gelden er nieuwe regels voor het doorbreken van het beroepsgeheim na de dood. Nabestaanden krijgen hiermee een wettelijk recht op inzage in het medisch dossier van de overledene in de volgende gevallen:

- indien de patiënt bij leven hiervoor toestemming heeft gegeven⁸
- indien de nabestaande of voormalig vertegenwoordigers op grond van de Wkkgz een mededeling hebben ontvangen van een incident
- aan een ieder die een zwaarwegend belang heeft bij inzage⁹
- aan ouders of voogd van een overleden kind jonger dan 16 jaar, tenzij dit in strijd is met goed hulpverlenerschap.

Als er op één van bovenstaande gronden inzage wordt verleend, mogen alleen gegevens worden verstrekt, die betrekking hebben op die grond waarvoor inzage wordt verleend. Uitzonderingen zijn als de patiënt bij leven heeft aangegeven dat hij of zij dat niet wil, of dat de persoonlijke levenssfeer van anderen wordt geschaad.

⁵ Zie Op een lijn 58

⁶ Artikel 8:454, lid 3 BW

⁷ Ad. zwaarwegend belang. De derde grond voor inzage is een 'zwaarwegend belang'. In aansluiting op de jurisprudentie wordt voorgesteld te spreken van een zwaarwegend belang als aan de volgende twee voorwaarden wordt voldaan:
1. het belang van geheimhouding van informatie uit het medisch dossier moet worden gewogen tegen het zwaarwegende belang van de persoon die zich hierop beroept. Inzage wordt alleen gegeven wanneer aan de hand van voldoende concrete aanwijzingen wordt aangetoond dat het zwaarwegende belang geschaad zou kunnen worden;
2. inzage moet noodzakelijk zijn voor de behartiging van dit zwaarwegende belang.

⁸ Deze toestemming moet schriftelijk of digitaal zijn vastgelegd door de patiënt of hulpverlener, mondelinge toestemming is nu onvoldoende en veronderstelde toestemming is bewust niet in de wet opgenomen (tot ongenoegen van velen).

⁹ Zie ook noot 7

Gevolgen en tips voor de praktijk

Dossiervorming was al belangrijk en wordt met deze wetswijziging nog belangrijker. Moeten we nu doorschieten in verslaglegging van alles wat besproken wordt? Als jurist zeg ik: het kan altijd beter, maar als medisch practicus zou ik willen pleiten voor een juridisch niet pluusgevoel. Voor huisartsen zou ik voorlopig de aandacht richten op een goede en uitvoerige verslaglegging als sprake is van een ingrijpende, medisch niet-noodzakelijke of medisch ongebruikelijke behandeling of als er aanwijzingen zijn dat de patiënt een andere mening heeft over de behandeling.

Bij het informeren naar de situatie en behoeften van de patiënt zou ik om te beginnen het acroniem ICE volgen en Ideas, Concerns en Expectations van de patiënt in kaart brengen (of in Maas Globaal termen: zorg dat de hulpvraag van de patiënt helder wordt, door te exploreren op context en emoties).

Verder is het verstandig om vast te leggen dat het consult is geëvalueerd en dat de patiënt de gelegenheid heeft gehad om vragen te stellen.

Bij kwetsbare patiënten kan er proactief gevraagd worden naar een eventuele vertegenwoordiger als ze het zelf niet meer aan kunnen geven en nu ook, in het licht van de nieuwe wetgeving, of ze de toestemming voor het doorbreken van het beroepsgeheim na de dood willen vastleggen. Reconstructie van de wil van de overledene kan niet meer sinds 1 januari 2020¹⁰.

Een laatste tip gaat ook over het opschrijven in het dossier. De tuchtrechter hecht veel waarde aan het medisch dossier: als het er staat is het waar (tot het tegendeel door de klager is bewezen), maar ook dat "niet genoteerd, is niet gedaan" steeds vaker in het oordeel terugkomt. Dus, nogmaals, noteer in ieder geval bij ingrijpende, medisch niet-noodzakelijke of medisch ongebruikelijke behandeling of als er aanwijzingen zijn dat de patiënt een andere mening heeft over de behandeling, duidelijk in het dossier wat er afgesproken of besproken is.

Conclusie

Sinds 1 januari hebben we te maken met een aangepaste WGBO waarin het 'informed consent' nog hoger in het vaandel staat, met de nadruk op versterking van de autonomie van de patiënt door middel van 'shared decision making' passend bij het bevattingvermogen van de patiënt. Dit alles zal wezenlijk invloed hebben op de consulttijd, de praktijkgrootte en bijpassende honorering, hopelijk zal onze beroepsvereniging zich hier ook hard voor maken. ☺

¹⁰ Al zijn er al de nodige bezwaren geuit, de wetgever heeft dit uitdrukkelijk niet opgenomen in de nieuwe wet

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Zinloos medisch handelen: een beslissing van de arts

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS EN JURIST

Inleiding

Dit jaar is in Frankrijk, tot aan de hoogste rechter, een juridische strijd gevoerd over de passieve¹ levensbeëindiging van Vincent Lambert, een Fransman die na een motorongeluk in 2008, als gevolg van hersenletsel, tetraplegie opliep en volledig afhankelijk van anderen werd. In 2013 werd zijn toestand omschreven als vegetatief. Zijn partner en de behandelende artsen besloten te stoppen met het toedienen van vocht en voeding. De ouders, een zus en een halfbroer waren hier tegen en startten een juridische procedure tot aan het EHRM². Dit liep door tot dit jaar, hield de gemoederen in Frankrijk bezig en er werden zelfs protestmarsen gehouden. De twee kampen waren bitter verdeeld en over en weer klonken verwijten, die uiteenliepen van de beschuldiging van puur sadisme en het recht om waardig te sterven, tegenover bescherming van de rechten van wilsonbekwamen en religieuze visies. Maar liefst vijf keer werd de behandeling van Vincent gestopt en op last van de rechter weer hervat. Voor alle partijen, en vooral voor de patiënt, was deze jarenlange juridische procedure onwenselijk. In een andere zaak³ kwam het Hof gelukkig sneller tot eenzelfde conclusie.

EHRM

Dat de zaak Lambert zo lang geduurd heeft, wekt verbazing omdat het al jaren vaste rechtspraak is, dat bij een beoordeling over levensbeëindiging allereerst de wens van de patiënt wordt gerespecteerd. Als deze wens niet bekend is, of niet geuit is, wordt het lastiger. In dat geval kan de rechter, via de nabestaanden, trachten deze wens te achterhalen. In geval van medisch zinloos handelen, wordt er veel waarde gehecht aan het medisch oordeel van de artsen of het behandelteam. Dan kan de familie dit slechts marginaal laten toetsen via een second opinion of de gronden, waarop het medisch zinloos handelen is gebaseerd, aanvechten. ‘Medisch zinloos’ is een door de beroepsgroep nader te bepalen begrip waarin rekening gehouden moet worden met een aantal basisvoorwaarden, maar waarover de arts beslist. Goed contact met de nabestaanden en transparantie over de criteria is van groot belang om langdurige juridische procedures te voorkomen.

Basisvoorwaarden voor medisch zinloos handelen

Na mijn telefonische rondvraag langs enkele intensive cares⁴, blijken er in Nederland geen duidelijke protocollen te bestaan voor medisch zinloos handelen. Wel zijn er criteria op orgaanniveau, zoals hersendood en terminale nierfunctie. Alle beslissingen over zinloos medisch handelen worden per geval beoordeeld. Uitgangspunten daarbij zijn nog steeds de criteria die destijds zijn opgesteld door Leenen⁵, en als hulpmiddel daarbij worden aangereikt:

- het handelen draagt niet bij aan de oplossing van het medisch probleem respectievelijk de instandhouding of verbetering van de medische toestand van de patiënt, dan wel zal daaruit redelijkerwijze niet kunnen resulteren. Instandhouding van de medische toestand geschiedt in het algemeen met het oog op toekomstige verbetering, of om de patiënt in dezelfde medische conditie te laten voortleven;
- de daarbij te gebruiken middelen staan niet in redelijke verhouding tot het doel. Instrumentele proportionaliteit is niet aanwezig, indien een in verhouding te zware medische procedure moet worden ingezet om een, in verhouding, betrekkelijk voordeel te bereiken. Ook de te veroorzaken pijn moet bij de instrumentele proportionaliteit in de beschouwingen worden betrokken;
- een bepaald minimumniveau kan niet meer worden bereikt. Door de aard van ziekte of gebrek is de patiënt zeer ernstig aangedaan of geschonden en medisch handelen kan daar weinig of niets aan verbeteren, of er is een tragische situatie door cumulatie van aandoeningen en gebreken die met een onevenredige inspanning ieder voor zich wellicht behandelbaar zijn maar gezamenlijk in totaliteit niet of vrijwel niet.

Beslissingen rond het staken of niet inzetten van een behandeling dienen op basis van deze criteria genomen te worden. Maar hoe duidelijk is ‘een bepaald minimumniveau’ en betekent dit voor artsen hetzelfde als voor de nabestaanden?

Medisch zinloos handelen in de dagelijkse praktijk

Bij het staken van een levensverlengende behandeling in een medisch zinloze situatie, of het niet meer starten van, bijvoorbeeld, een zoveelste chemokuur die meer schade aanricht dan geneest, kan iedereen zich iets voorstellen. Het wordt al lastiger met medisch zinloos handelen bij ernstig gehandicapte pasgeborenen. Dan spelen er nog meer ethische normen mee. Waar ligt de grens van een minimumniveau?

Van een andere orde is het alledaagse medisch zinloos handelen. Wie heeft er niet regelmatig een labje laten prikken of een foto aangevraagd waarvoor geen evidence was? We hopen dan, dat de patiënt gerustgesteld is en de volgende keer wel op ons oordeel zal vertrouwen zonder aanvullend onderzoek.

Maar wat te denken van een brief van een specialist waarin staat ‘uitbehandeld’, ‘NRNB’ beleid afgesproken, ‘gezien de leeftijd en comorbiditeit niet meer insturen’. Zijn al deze beslissingen genomen op grond van de criteria voor medisch zinloos handelen? Denken alle vakgenoten er zo over? Is het voor de patiënt duidelijk dat het zo is bepaald? Gelden de criteria voor de specialist ook voor de huisarts?

Het verdient zeker de aandacht om dit met de patiënt te bespreken of eens bij de specialist na te vragen hoe de beslissing tot stand gekomen is in het licht van de geldende criteria. Kwaliteit van leven is niet iets waar artsen over gaan, dat is een beslissing van de patiënt zelf. Is daar voldoende ruimte voor geweest?

Afronding

Zoals in de inleiding duidelijk is geworden, is de beslissing over medisch zinloos handelen een medische beslissing. De familie kan niet voor de patiënt beslissen, een patiënt wel over zichzelf. Maar de familie kan niet genegeerd worden. Wees duidelijk over de beslissing en wees transparant over de criteria. Vaak is hier een moreel beraad voor nodig. Om alle aspecten van een casus helder te krijgen, bestaan⁶ handige tools. Een handig hulpmiddel voor een moreel beraad is het stappenplan uit de ethische toolkit van de KNMG. Deze toolkit kan voorkomen dat je in een juridische strijd belandt, zoals in het geval van Vincent Lambert. Een dergelijke strijd kent enkel verliezers en richt veel schade aan.

⁶ Nijmeegse methode voor moreel beraad

¹ Actieve euthanasie is in Frankrijk verboden
² Europese Hof voor de Rechten van de Mens
³ EHRC 2018/51, Afiri en Biddari

⁴ Maastricht UMC en ETZ Tilburg
⁵ Handboek voor gezondheidsrecht Auteur: H.J.J. Leenen J.C.J. Dute
 Uitgever: Boom Juridische uitgevers
 Co-auteur: J. Legemaate E.J.C. de Jong G.R.J. de Groot



Gezondheidsrechtelijke kwesties

Nieuwe wet zorg en dwang, nu ook dwangzorg in de thuissituatie mogelijk!

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS EN JURIST

Over een half jaar is het zover: dan treedt de nieuwe Wet zorg en dwang (Wzd) in werking. In 'Op één Lijn' 42, 'Dwang en drang in de geneeskunde', werd al bericht dat, onder de vlag van de WGBO, de huisarts onder bepaalde omstandigheden, vrijheidsbeperkend kon werken, mits dit niet tot daadwerkelijke vrijheidsbeneming zou leiden. Met de komst van de nieuwe Wzd, die per 1 januari 2020 van kracht wordt, worden deze mogelijkheden wettelijk verruimd omdat de vrijheidsbenemende maatregelen patiëntvolgend² worden en niet meer instellingsafhankelijk zullen zijn. Wat heeft dit voor gevolgen voor de huisarts? Welke dwangzorg mag? Onder welke voorwaarden? Hoe zit het met de verantwoordelijkheden in de thuissituatie? Veel vragen die tot de deadline van het inleveren van dit stukje nog niet duidelijk door de Minister zijn ingevuld.

Historie

Vrijheidsbeneming kan in de westerse wereld alleen op basis van een wettelijke regeling. Voor opgelegde zorg of dwangzorg is destijds de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) in het leven geroepen. Voor verzorgingshuizen volgde al snel een 'artikel 60 afdeling', waarmee een gesloten afdeling kon worden gecreëerd voor (meestal) psychogeriatrische patiënten (PG-patiënten). De Wet Bopz is tweemaal geëvalueerd, de laatste keer in 2003, waarin toen al werd geconcludeerd dat deze wet ontoereikend is voor PG-patiënten en voor patiënten met een verstandelijke beperking. Ondanks deze duidelijke conclusie, is er pas in 2009 een wetvoorstel tot herziening van de Wet BOPZ ingediend. Na een voorbereidingstijd van 10 jaar³, is op 23 januari 2018 de Wzd aangenomen in de eerste Kamer, speciaal voor PG-patiënten en patiënten met een verstandelijke beperking. Daarnaast is voor de psychiatrische patiënten de Wet verplichte GGZ (Wvvggz) aangenomen⁴ ter vervanging van de Wet Bopz.

Ambulante dwang in de nieuwe wet

Omdat de Wet verplichte GGZ zich richt op intramurale zorg, zal ik mij in dit stukje vooral richten op de Wzd en dan met name op de gevolgen voor de huisarts. Dat is al lastig genoeg, omdat er nog veel uitgewerkt moet worden in ministeriële regels en algemene maatregelen van bestuur (AMvB), maar we doen een poging.

Het belangrijkste van de Wzd is, dat deze wet niet meer gebonden is aan specifieke aangemerkte woonlocaties van zorgaanbieders, maar patiëntvolgend is. Daar waar de patiënt zich bevindt, kan de Wzd worden toegepast, dus ook thuis en op de dagbehandeling. Het gaat dan om de volgende negen vormen van onvrijwillige zorg:

- Toediening van vocht, voeding en medicatie en het verrichten van controles, medische handelingen en overige therapeutische maatregelen
- Beperken van de bewegingsvrijheid
- Insluiten
- Uitoefenen van toezicht op de patiënt
- Onderzoek aan kleding of lichaam
- Onderzoek op de woon- of verblijfsruimte op gedrag beïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen
- Controle op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen
- Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat de patiënt iets moet doen of nalaten waaronder begrepen het gebruik van communicatiemiddelen
- Beperken van het recht tot het ontvangen van bezoek

De eerste vragen die bij dit rijtje onvrijwillige zorg opkomen, hoe zijn de veiligheid en haalbaarheid hiervan in de thuissituatie en: hoe zit het met de verantwoordelijkheid en het toezicht? Instellingen onder de BOPZ moesten voldoen aan hoge eisen betreffende geschoold personeel, die beschikbaar en bereikbaar moesten zijn, naast veiligheid van ruimten en materialen. Het zijn zaken die in de thuissituatie lastig te realiseren zijn. Komt deze rol nu toe aan familie en mantelzorgers? En kan een zorgverantwoordelijke deze belastbaarheid inschatten? Zijn de zorgverantwoordelijke, de zorgaanbieder en, indien betrokken, de huisarts verantwoordelijk voor deze inschatting als het achteraf misloopt?

Daarnaast mag onvrijwillige zorg natuurlijk niet zomaar en zijn er voorwaarden vooraf en controles tijdens en achteraf.

Voorwaarden voor ambulante dwang

De eerste voorwaarde is, dat het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) een indicatie vaststelt voor zorg zoals bedoeld in de Wet langdurige zorg (Wlz) vanwege een PG-aandoening of een verstandelijke handicap.

Dit mag ook een verklaring zijn van een 'ter zake kundige arts' waaruit blijkt dat de patiënt in verband met een PG-aandoening of verstandelijke handicap is aangewezen op: verzorging, verpleging, behandeling, begeleiding, bescherming, beveiliging of onvrijwillige zorg. Deze 'ter zake kundige arts', ook de Wzd-arts genoemd, heeft al geleid tot een reparatiewet en nu is het een Wzd-functionaris.

Met deze wijziging kan nu ook een orthopedagoog-generalist, een gezondheidszorgpsycholoog of een verpleegkundige deze rol vervullen, naast een specialist ouderengeneeskundige of een psychiater.⁵

Deze Wzd-functionaris is, naast het afgeven van een verklaring voor dwangzorg, ook belast met het toezicht op de dwangzorg. Omdat de meeste thuiszorginstellingen doorgaans geen Wzd-functionarissen in dienst hebben, is het de vraag hoe dit toezicht gaat werken in de praktijk. Het grote gevaar is hier, dat de huisarts het vangnet gaat worden bij gebrek aan voldoende gespecialiseerde zorg en voldoende Wzd-functionarissen. Zijn wij voldoende 'ter zake kundig' om deze taak uit te voeren? De LHV vindt van niet.⁶

Los van deze twee ingangsvoorwaarden dient er ook een indicatie te zijn om over te gaan tot dwangzorg en moet alles verantwoord worden in een zorgplan en regelmatig worden getoetst aan de noodzaak tot voortzetting van de dwangzorg.

Indicaties van dwangzorg zijn in de Wzd omschreven onder 'ernstig nadeel'. Daarvan is sprake bij het bestaan van of een aanzienlijk risico op:

- Levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstig verstoorde ontwikkeling voor of van de patiënt of een ander

⁵ De KNMG heeft hierover, onder het motto "geen dwang zonder medische toets" al schriftelijke vragen aan de Minister gesteld. De KNMG (i.s.m. LHV, NVAAG, NVvP en Verenso) heeft grote zorgen over het inzetten van niet-medische geschoolde functionarissen bij het inschatten en toezicht houden op dwangzorg en vindt dat een tekort aan Wzd-artsen geen reden mag zijn om niet-artsen in te zetten.

⁶ De Dokter 1, 2019, "de huisarts gaat niet over dwangzorg thuis", pag. 20-22

- Bedreiging van de veiligheid van de patiënt, al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt
- De situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van een ander oproept
- De situatie dat de veiligheid van personen of goederen in gevaar is

Samenloop met WGBO

Zoals al gesteld in de inleiding, konden vroeger de WGBO en de Wet BOPZ naast elkaar bestaan en gelijktijdige werking hebben. Onder de Wzd was het de bedoeling, dat er geen samenloop meer zou zijn. Na de behandeling in de Eerste Kamer is dit voornemen deels gesneuveld en zou de Wzd gelden voor dwangzorg en de WGBO voor vrijwillige zorg bij de doelgroep. Ook dit is niet helemaal gelukt, dus gelden bepalingen in de Wzd ook voor vrijwillige zorg aan PG-patiënten en patiënten met een verstandelijke beperking.⁷ Ook dwangzorg aan patiënten die zich niet verzetten (en dus vrijwillige zorg is) zou dan weer onder de WGBO vallen. Ook hier nog veel onduidelijkheid waar de Minister nog op moet reageren.

Stappenplan voor het zorgplan

Als aan de voorgaande voorwaarden is voldaan, dient een zorgplan opgesteld te worden. Hieraan zijn nogal wat voorwaarden verbonden, zie stappenplan op de volgende pagina's.

Conclusie

Er is nog veel onduidelijk. Ook ontbreekt nog steeds een praktische handleiding om de Wzd in de praktijk goed uit te voeren. Er is door diverse organisaties al gepleit om de Wet uit te stellen, maar ook daar is nog geen duidelijkheid over.

Een praktische handreiking voor nu is: handel volgens de WGBO en gezond verstand. Motiveer in het medisch dossier waarom er voor een bepaalde maatregel is gekozen, met wie is overlegd en welk doel het dient. Met het bovenstaande stappenplan in gedachten en de indicaties voor dwangzorg moet dat lukken. We staan iedere dag in de loopgraven van de eerste lijn en er moet gewoon gewerkt en beslist worden, ook morgen weer. Huisartsen moeten pragmatisch blijven. Wij kunnen ons niet de tijd veroorloven die politici nodig hebben om zaken te regelen zoals bij de Wzd, ruim 16 jaar na de tweede evaluatie van de BOPZ. 

¹ Een tijdelijk bedhekje, een alarmmatje, even vasthouden om een injectie te geven

² De Wzd spreekt steeds van cliënt, maar ik houd het op patiënt gezien het onvrijwillige aspect

³ In juni 2009 is de wet ingediend, in september 2013 was de Tweede Kamer akkoord na flinke aanpassingen, mede door de casus van Brandon in 2011 (de 18-jarige jongen met een verstandelijke beperking, die van tijd tot tijd aan de muur werd vastgebonden). Na 2013 is de wet nog op diverse punten aangepast door harmonisatie met de Wet verplichte GGZ, die ook de Wet BOPZ vervangt

⁴ Tevens een Wet forensische zorg (Wfz) voor de forensische psychiatrie

ZORGPLAN OPSTELLEN (artikel 7 WZD)**Het zorgplan**

- Het zorgplan wordt z.s.m., maar uiterlijk binnen 6 weken na start van de zorg opgesteld.
- Het zorgplan houdt zo veel mogelijk rekening met de wensen en voorkeuren van de cliënt.
- Als dat niet mogelijk is, laat de zorgverantwoordelijke de cliënt² schriftelijk en onderbouwd weten waarom niet.
- De zorgverantwoordelijke bespreekt het zorgplan met de cliënt.

Ontstaat er (risico op) ernstig nadeel?

Constaateert de zorgverantwoordelijke/vertegenwoordiger dat het zorgplan niet voldoet aan de zorgbehoefte en dat er een risico bestaat op ernstig nadeel voor de cliënt en/of zijn omgeving? Doorloop dan onderstaand stappenplan.

Rechten cliënt

- Begrijpelijke informatie over zorg.
- Periodieke evaluatie zorgplan.
- Advies en bijstand van een cliënten-vertrouwenspersoon.
- Zo nodig: bijstand van een tolk.
- Mogelijkheid om klacht in te dienen.

Evaluatie zorgplan

- 4 weken na inwerkingtreding.
- Daarna min. 1x per 6 maanden.
- Onvrijwillige zorg in zorgplan: evaluatie door (uitgebreid) deskundigenoverleg.

STAP 1: ONDERZOEK NAAR ALTERNATIEVEN (artikel 9 WZD)**De zorgverantwoordelijke bespreekt met minimaal 1 andere deskundige:**

- Hoe groot is het risico op ernstig nadeel?
- Wat zijn de oorzaken van het gedrag?
- Heeft de omgeving invloed op het ontstaan van ernstig nadeel?
- Zijn er alternatieven die voor deze cliënt vallen onder vrijwillige zorg?
- Als de cliënt thuis woont: is de thuissituatie geschikt voor toepassing van de alternatieven? Cliënt heeft recht om bij het overleg te zijn.

Geen alternatieven gevonden?

Naar stap 2

Alternatieven gevonden?
Vrijwillige zorg opnemen in zorgplan.

- Ontstaat toch risico op ernstig nadeel?
- Verzet de cliënt zich tegen de alternatieven?

Naar stap 2

Onvrijwillige zorg is zorg waartegen de cliënt zich verzet en kan bestaan uit:

- Toedienen vocht, voeding en medicatie, medische controles/handelingen vanwege de VB of dementie.
- Beperking van bewegingsvrijheid.
- Insluiting.
- Toezicht (inclusief domotica).
- Onderzoek aan kleding of lichaam.
- Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op middelen die het gedrag beïnvloeden en op gevaarlijke voorwerpen.
- Controle op middelen die gedrag beïnvloeden.
- Beperking van vrijheid om eigen leven in te richten, waardoor de cliënt iets moet doen of laten (incl. gebruik communicatiemiddelen).
- Beperking op het ontvangen van bezoek.

STAP 2: ONVRIJWILLIGE ZORG IN ZORGPLAN (artikel 10 WZD)**De zorgverantwoordelijke bespreekt met deskundigen³:**

- Zijn er nieuwe inzichten over de bespreekpunten uit stap 1?
- Staat onvrijwillige zorg in verhouding tot het (verwachte) ernstig nadeel (proportionaliteit)?
- Wat is de impact op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van de cliënt en op zijn participatie? Met welke aanvullende zorgvuldigheidseisen vermindert of verdwijnt die impact?
- Als de cliënt thuis woont: is de thuissituatie geschikt voor de maatregel(en)? Denk bijvoorbeeld aan toezicht.

Geen alternatieven gevonden?

Zorgverantwoordelijke zet in zorgplan:

- Situaties, vorm, duur en frequentie van onvrijwillige zorg.
- Wie de onvrijwillige zorg toepast.
- Termijn (max. 3 maanden).
- Afbouwplan.
- Aanvullende zorgvuldigheidseisen.
- Continuïteit in zorg voor de cliënt.
- Toezicht en kwaliteitsbewaking door zorgaanbieder en WZD-arts.

WZD-arts beoordeelt zorgplan en laat zo nodig aanpassingen doorvoeren.

Onvrijwillige zorg afbouwen

Lukt het niet onvrijwillige zorg af te bouwen in de afgesproken termijn?

- Overleg met deskundige³ die nog niet bij de zorg is betrokken.

Lukt het daarna nog niet om onvrijwillige zorg af te bouwen?

Naar stap 3

Alternatieven gevonden?
Vrijwillige zorg opnemen in zorgplan.

Blijkt vrijwillige zorg onvoldoende om ernstig nadeel te voorkomen?

Herhaling stap 2

Verzet cliënt zich (alsnog) tegen de uitvoering van het zorgplan?

Naar stap 3

Betrokkenen bij het overleg

- Zorgverantwoordelijke.
- Minimaal 1 andere deskundige van een andere discipline.
- Overweegt men beperking in bewegingsvrijheid, insluiting of medische handelingen, dan moet een arts toestemming geven.
- Cliënt heeft recht aanwezig te zijn.

Beoordeling en toezicht

Bij opname onvrijwillige zorg in zorgplan beoordeelt WZD-arts of:

- Onvrijwillige zorg zo veel mogelijk voorkomen is (onvrijwillige zorg = ultimum remedium).
- Zorgplan geschikt is om ernstig nadeel zo veel mogelijk te voorkomen.

Voor de eerste toepassing van onvrijwillige zorg informeert de zorgverantwoordelijke de cliënt en de WZD-arts. Zorgverantwoordelijke en WZD-arts houden toezicht op de uitvoering onvrijwillige zorg.

STAP 3: EXTERN ADVIES OVER (AFBOUW NAAR) VRIJWILLIGE ZORG (artikel 11 WZD)**Deskundigenoverleg met externe deskundige³**

- Zijn er (nieuwe/andere) alternatieven?
- Kunnen veranderingen in de omgeving (inclusief interactie met zorgverleners) de situatie verbeteren?

Geen alternatieven gevonden?

- In zorgplan opnemen hoe advies externe deskundige is toegepast.
- Zorgplan aanpassen zoals beschreven in stap 2.
- De termijn voor onvrijwillige zorg is nu telkens maximaal 6 maanden.

Alternatieven gevonden?
Vrijwillige zorg opnemen in zorgplan.**Verlenging onvrijwillige zorg**

In afwachting van het advies van een externe deskundige kan de termijn voor onvrijwillige zorg eenmalig met 3 maanden worden verlengd.

Beoordeling en toezicht

WZD-arts beoordeelt zorgplan (zoals beschreven in stap 2). Zorgverantwoordelijke en WZD-arts houden toezicht op de uitvoering van onvrijwillige zorg.

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Wijzigingen in het tuchtrecht voor hulpverleners¹

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS EN JURIST

De laatste jaren krijgt het tuchtrecht in de gezondheidszorg veel aandacht. Enerzijds vanuit de juridische hoek over de wenselijkheid van aanpassingen en anderzijds vanuit de beroepsgroepen die onderworpen zijn aan het medisch tuchtrecht.

Sinds de wet BIG in werking trad in 1997, is hij tweemaal geëvalueerd (in 2002 en 2013²). In deze evaluaties zijn voorstellen gedaan tot aanpassing van de wet, maar die zijn pas in 2016 tot een wetvoorstel verwerkt en in 2018 aangenomen door de Tweede en de Eerste Kamer. De vermoedelijke ingangsdatum van de nieuwe regeling van het tuchtrecht in de gezondheidszorg is april 2019. Het primaire uitgangspunt van het tuchtrecht is nog steeds het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van de beroepsuitoefening, al wordt het steeds meer als een lichte vorm van strafrecht beleefd.

Overzicht van de aanpassingen

De belangrijkste aanpassingen in het tuchtrecht voor hulpverleners betreffen de invoering van de tuchtklachtfunctionaris en het griffierecht, het afschaffen van het standaard publiceren van berispingen en boetes. De voorzitter van het tuchtcollege krijgt de bevoegdheid om een voorzittersbeslissing te nemen. Daarnaast zijn er nog wat kleine wijzigingen, zoals het verplicht bekend maken van het BIG-nummer, het onmiddellijke beroepsverbod, de reikwijdte van het tuchtrecht en een mogelijke wijziging in maatregelen. Ook zijn er gesprekken gaande over de reorganisatie en herlocatie van de Regionale Tuchtcolleges.

Tuchtklachtfunctionaris

De tuchtklachtfunctionaris is een nieuwe functionaris die met inhoudelijke kennis en sociale vaardigheden moet zorgen dat de klager op het juiste adres de klacht deponeert. Veel klachten horen niet thuis in het tuchtrecht, maar in de klachtenprocedure van de Wkkgz. Daarnaast kan er geholpen worden met het formuleren van de klacht om misverstanden³ en vertragingen⁴ te voorkomen.

Griffierecht

Het griffierecht van 50 euro is bedoeld als drempel tegen bagatelklachten. Mogelijk weerhoudt dit ook klagers met klachten, die wel in het belang zijn van de kwaliteit van zorg. De administratie omtrent het innen en terugbetalen bij een gegronde klacht komt bij de regionale tuchtcolleges te liggen.

Bij een gegronde verklaring van de klacht kan de zorgprofessional ook nog worden veroordeeld in de kosten die de klager heeft moeten maken om de klacht aanhangig te maken⁵. Het blijft wat vreemd om klagers te laten betalen voor het bewaken en verbeteren van de beroepsuitoefening.

Het afschaffen van het standaard publiceren van berispingen en boetes

Deze wijziging wordt als de meest prettige wijziging gezien door zowel de beroepsgroepen als de leden van de tuchtcolleges. Het was destijds een politieke beslissing van minister Schippers die werd doorgevoerd, ondanks protest van diverse beroepsorganisaties én ledenberoepsgenoten en juristen van de tuchtcolleges. De publicatieplicht had niets meer met de kwaliteit van de gezondheidszorg te maken en werd als extra straf ervaren. Het is geen taak van de tuchtcolleges om professionals in de gezondheidszorg aan de schandpaal te nagelen. Dit neemt niet weg dat in bepaalde gevallen dit nog steeds mogelijk is, als het publieke belang (patiëntveiligheid) en daarmee de kwaliteit van de gezondheidszorg, boven het privacybelang van de zorgprofessional moet gaan⁶.

Voorzittersbeslissing

Vanaf april 2019 mag de voorzitter van het tuchtcollege een voorselectie maken en kan hij zaken zonder zitting als ongegrond afdoen. Voorheen waren dit allemaal raadkamerzaken die door het college beoordeeld werden. Nog steeds zal er, als er medisch inhoudelijke zaken spelen, een beroepsgenoot meekijken.

Onmiddellijke onthouding van beroepsactiviteiten

In de wijziging van de Wet BIG wordt opgenomen, dat de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) een last tot onmiddellijke onthouding van de beroepsactiviteiten (LOB) kan opleggen en daarmee een voorlopig verbod van beroepsuitoefening afdwingt tot de uitspraak van het Tuchtcollege. Hier kan ook vermeld worden dat, als een ingetrokken klacht wordt voortgezet om 'redenen van algemeen belang', op basis van de nieuwe wet BIG, voor het vervolg van de zaak de IGJ aangemerkt wordt als klager. Hier kan ook vermeld worden dat, als een ingetrokken klacht voortgezet wordt, om 'redenen van algemeen belang', op basis van de nieuwe wet BIG voor het vervolg van de zaak de IGJ aangemerkt wordt als klager.

Reikwijdte van het tuchtrecht

De reikwijdte van het tuchtrecht onder de nieuwe wet BIG zal zich ook in de privésfeer begeven⁷. Onbetamelijk privégedrag van BIG-geregistreerde zal na april onder het tuchtrecht vallen. Ze moeten dan wel ongeoorloofd zijn in het licht van de beroepsuitoefening. Het zal gaan om beroepsbeoefenaren die een gevaar voor de patiënten vormen of het vertrouwen in de beroepsuitoefening ernstig schaden.

Ook in artikel 1 van de nieuwe Wet BIG is er uitbreiding van de reikwijdte te vinden door de toevoeging van "het aanbrengen, modifieren, herstructureren en wegnemen van weefsel bij een persoon", als dat is voor andere doeleinden dan het genezen van een ziekte. Hierdoor vallen cosmetische handelingen nu ook onder de Wet BIG. Ook nieuw is dat de voorzitter partijen kan oproepen ter verschijning. Op basis van de nieuwe wet BIG zijn ze dan ook verplicht te verschijnen.

⁷ Door een aanpassing van de tweede tuchtnorm: "enig ander handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijke beroepsbeoefenaar betaamt."

Wijzigingen in mogelijke maatregelen

Vanaf april 2019 kan de tuchtrechter ook een tuchtrechtelijk beroepsverbod opleggen als er sprake is van een ernstig gevaar voor de patiënt. Waar vroeger alleen een doorhaling in het BIG-register mogelijk was, waardoor de zorgverlener nog in opdracht en onder toezicht zou kunnen werken, vervalt deze mogelijkheid onder de nieuwe Wet BIG. Verder is de mogelijkheid, iets wat in de praktijk al bestond, om een klacht gegrond te verklaren, zonder het opleggen van een maatregel nu gecodificeerd. Met name als het gaat om "...de geringe ernst van het handelen of nalaten, de omstandigheden waaronder het handelen of nalaten hebben plaats gevonden. Dan wel omstandigheden die zich nadien hebben voorgedaan".

Bekendmaken van BIG-nummer

Het BIG-register is openbaar en met naam en adres kan een BIG-geregistreerde snel gevonden worden. Vanaf april 2019 moet een arts zijn BIG-nummer, indien gevraagd, bekend maken aan de patiënt.

Geografisch wijzigingen

Waarschijnlijk worden na april 2019 ook nog de tuchtcolleges gereorganiseerd. Er zullen colleges worden samengevoegd en er zal relocatie plaatsvinden. Zoals nu in de planning staat, gaan Groningen en Zwolle samen in Zwolle, zal Den Haag fuseren met Amsterdam en verder gaan in Utrecht. Eindhoven zal verplaatst worden naar Den Bosch. Het Centraal Tuchtcollege blijft in Den Haag. De planning om dit te realiseren ligt in 2020. Het laatste woord is hierover echter nog niet gezegd.

Dit is een aantal wijzigingen waar we de effecten de komende jaren van zullen zien. Het beste is om weg te blijven bij de tuchtcolleges. Mocht het je toch overkomen, besef dan dat een gegronde klacht en een maatregel alleen iets zegt over het tekortschieten in één bepaalde situatie. Je bent nog steeds een goed hulpverlener, zolang je niet geschorst of uitgeschreven wordt. Het is daarom goed dat de publicatieplicht van boetes en berispingen is vervallen. 

¹ Martin Appelo; "Verslagen door het tuchtrecht", oktober 2018, Boom.

² Bijna 70 aanbevelingen uit 2002 waren in 2013 nog niet opgevolgd.

³ Klagers die denken de geldboetes zelf te kunnen krijgen

⁴ Uitgebreide klaagschriften zonder kop of staart terugbrengen naar een overzichtelijke klacht waarop een reactie mogelijk is.

⁵ Dit is nu gelijk aan het civiele recht

⁶ Denk bijvoorbeeld aan 'misbruik', 'kwakzalverij', of zoals recent het ongeoorloofd maken van opnames in de onderzoeksruimte (als deze zaken al niet leiden tot een schorsing of ontzetting uit het beroep).



Gezondheidsrechtelijke kwesties

Euthanasie bij dementie, wees overtuigd!

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS EN JURIST

Over (kwetsbare) ouderen, machtigingen, schriftelijke wilsverklaringen, levenstestamenten en advanced care planning.

Inleiding

In de vorige 'Op één Lijn' (nummer 61) schreef ik een artikel over wilsverklaringen. Dit jaar veroorzaakte het onderwerp 'euthanasie bij dementerenden' veel onrust onder artsen¹. De wilsverklaring speelt hierbij ook een rol. Vandaar dit nieuwe artikel.

Voor het eerst dit jaar is er namelijk sprake van een daling van het aantal euthanasiegevallen². Daarnaast zijn notarissen euthanasieverklaringen op gaan stellen voorzien van dementieclausules, afgegeven door de huisarts. Zelf heb ik dit jaar meermalen het verzoek gehad om te beoordelen of een schriftelijke wilsverklaring wel juridisch 'waterdicht' is, vooral bij dementie. Daarbij zag ik allerlei slimme tekstconstructies langskomen om alle mogelijke obstakels te vangen, zoals akkoord gaan met vooraf sederen bij onrust, doorgaan bij afweer of verzet, tot en met het vergelijken van de eigen situatie met die van een geliefd huisdier die een levensbeëindigend spuitje krijgt.

In tijden van verwarring en lastige beslissingen, is back to basics een goede manier om weer overzicht te krijgen, zoals het ABCD in de acute geneeskunde.

Back to basics betekent terug naar 'hoe zat het ook alweer?' en 'welke stappen moet ik nemen om zorgvuldig en overtuigd te zijn in mijn beslissing?'

Euthanasie algemeen

Euthanasie staat nog steeds in het Wetboek voor Strafrecht omdat het feitelijk nog steeds 'moord met voorbedachten rade' is. Alleen als je het erg zorgvuldig uitvoert, is er geen strafvervolgning. Los van het strafrecht kijkt er een Toetsingscommissie mee en staat het tuchtrecht open voor klachten op dit terrein.

Er staat nergens in de wet dat een wilsverklaring nodig is om tot euthanasie over te gaan. De inhoud van een euthanasieverklaring doet er dus feitelijk niet toe. Echter, bij wilsonbekwame patiënten en vergevorderde dementie, waarbij de patiënt het zelf niet meer kan zeggen, kan het wel als 'bewijs' dienen voor het euthanasieverzoek. Heeft de patiënt in zijn wilsverklaring ook een 'voorwaardelijke clausule' (vergelijkbaar met 'behandelverbod'; je mag niet verder gaan tot er aan de clausule is voldaan) heeft opgenomen, dan moet daar uitdrukkelijk rekening mee gehouden worden (dit was het geval van de zaak die bij het tuchtcollège is behandeld).

Om euthanasie zorgvuldig uit te voeren, is er in de wet een aantal zorgvuldigheidseisen opgenomen.

De zorgvuldigheidseisen, bedoeld in *artikel 293, tweede lid, Wetboek van Strafrecht*, houden in dat de arts:

- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt;
- de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
- de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;
- met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
- ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d; en
- de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

Zoals te lezen is, staat er nergens dat er een schriftelijke wilsverklaring nodig is. Je moet als arts overtuigd zijn. Als je verschillende gesprekken met een patiënt hebt gehad en daarvan goed verslag hebt gedaan in jouw dossier, dan is dat voldoende. Je moet de SCEN-artsen vooraf en de toetsingscommissie achteraf kunnen overtuigen dat je het zorgvuldig gedaan hebt. Je mag natuurlijk een schriftelijke wilsverklaring gebruiken, maar je zal moeten aantonen dat er ook daadwerkelijk over gesproken is. Het is verstandig om een elders opgesteld euthanasieverzoek grondig te lezen, om te weten of er geen voorwaardelijke clausules zijn opgenomen. Om met de rechter te spreken: 'een euthanasieverzoek moet kraakhelder zijn' en 'er mag geen ruimte voor interpretatie bestaan'.

'Vrijwillig' wijst op het uitsluiten dat het onder druk van anderen (of door anderen) is opgesteld. 'Weloverwogen' wil zeggen dat de patiënt wilsbekwaam is ten tijde van het verzoek. Bij dementie moet je er dus op tijd bij zijn. 'Weloverwogen' houdt ook in dat de patiënt een goed beeld heeft van zijn ziekte, de prognose en eventuele alternatieven. Daarnaast is er ook nog de overtuiging dat er sprake is van een ondraaglijk en uitzichtloos lijden (lastig als de patiënt het zelf niet meer weet/beseft/lijdt?) en dan nog de overtuiging dat er geen redelijke andere oplossing is.

Je moet kunnen aantonen dat er gesproken is over de huidige situatie en de vooruitzichten en dat er tenminste één andere, onafhankelijke arts, heeft mede beoordeeld. Als het dan tot uitvoering komt, moet dit volgens de geldende protocollen.

Er staat ook nergens dat er sprake moet zijn van een herhaald verzoek om euthanasie; een eenmalig verzoek is voldoende. Een eenmalig gesprek over euthanasie zal echter niet erg overtuigend overkomen. Ook over actualiseren van het euthanasieverzoek staat nergens iets geschreven in de wet. Maar regelmatig nagaan of de patiënt er nog hetzelfde over denkt en ongewijzigd achter het verzoek staat, zal de overtuiging van de arts alleen maar vergroten. In mijn praktijk kwam het regelmatig voor dat een verzoek werd bijgesteld of dat er (voor)waarden voor 'ondraaglijk' en 'uitzichtloos' werden toegevoegd.

De waarde van een schriftelijke wilsverklaring

De waarde van een schriftelijke wilsverklaring is dus beperkt en strikt genomen niet nodig. Maar dan moet wel het een en ander in het dossier vastgelegd worden. Is er wel een wilsverklaring, lees deze dan goed en bespreek dat met de patiënt. Focus dan op de opgenomen voorwaardelijke clausules. Maak helder wat voor deze patiënt ondraaglijk en uitzichtloos is. Als dat er niet in staat, laat het dan aanvullen of in het dossier zetten. Actualiseren is strikt genomen niet nodig, maar een tien jaar oude wilsverklaring, zonder dat er daarna nog over gesproken is, zal niet overtuigend werken. Bij een vergevorderde dementie kan een schriftelijke wilsverklaring, die eerder vrijwillig en weloverwogen is opgesteld, dienen als verzoek om euthanasie. Deze wilsverklaring kan dan ook als bewijs dienen voor de SCEN-arts en de Toetsingscommissie Euthanasie als de situatie van ondraaglijk en uitzichtloos lijden zich voordoet, euthanasie wordt overwogen en als aan de andere voorwaarden is voldaan.

Euthanasie bij wilsonbekwaamheid

Euthanasie bij wilsonbekwaamheid maakt het lastiger omdat het een weloverwogen verzoek moet zijn, wat impliceert dat een patiënt wilsbekwaam moet zijn. In het stappenplan wilsbekwaamheid van de KNMG³ staat dat "als

de hulpverlener (comorbide) psychiatrische problematiek vermoedt, dan moet bij belangrijke beslissingen ook een algemeen psychiatrisch onderzoek plaatsvinden". Euthanasieverzoeken bij een comorbide depressie behoren tot deze categorie. Van belang is het toetsen van begrijpen, waarderen en toepassen van informatie, het redeneren en het maken van een keuze.

Euthanasie bij dementie

Bij de diagnose dementie ben je niet automatisch wilsonbekwaam. Voor dementen geldt, net als bij iedereen, dat de wilsbekwaamheid moet worden beoordeeld ten aanzien van de vraag die voorligt. In de woorden van de tuchtrechter: "een demente patiënt raakt het recht om over diens eigen leven te beschikken niet kwijt".

Daarnaast kan het overtuigd zijn van uitzichtloos en ondraaglijk lijden moeilijk worden, maar ook hier geldt dat als daar duidelijk sprake van is door bijvoorbeeld; angst, onrust verdriet en het niemand meer herkennen, dit overtuigend kan zijn.

Euthanasie bij (vergevorderde) dementie is dus mogelijk als:

- Er een 'kraakheldere' wilsverklaring is, in welke vorm dan ook, die niet voor meerderlei uitleg vatbaar is;
- Er sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden;
- Er geen andere oplossing voor het probleem is;
- Er tenminste één andere onafhankelijk arts mee beoordeelt; bij dementie is dat bij voorkeur een geriater of een specialist ouderengeneeskunde en
- De euthanasie zorgvuldig wordt uitgevoerd volgens de geldende richtlijn.

Hulp bij zelfdoding

Voor hulp bij zelfdoding gelden voor een hulpverlener dezelfde zorgvuldigheidseisen als bij euthanasie. Voor de wet is dit een 'variant van euthanasie'. Daarnaast zijn er richtlijnen voor specifieke situaties⁴.

Conclusie

Euthanasie bij (vergevorderde) dementie is mogelijk mits aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. Dat deze zorgvuldigheidseisen bij wilsonbekwaamheid en dementie voor iedereen (arts-patiënt-familie-Toetsingscommissie en eventueel de tuchtrechter en het Openbaar ministerie) heel overtuigend moeten zijn, moge uit het bovenstaande duidelijk zijn. ☺

¹ Artikel in Trouw 8 maart 2018, OM start vier nieuwe onderzoeken naar mogelijk strafbare euthanasie. Uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege in Den Haag, over euthanasie bij dementie van 24 juli 2018.

² Aantal euthanasiegevallen koerst voor het eerst in jaren af op daling. Het aantal gevallen van euthanasie is in de eerste negen maanden van dit jaar met 9 procent afgenomen, naar 4600. Dit meldt Trouw. Volkskrant, 16 oktober 2018. Bij het afronden van dit artikel bleek op 9 november 2018 dat het OM opnieuw een strafrechterlijk onderzoek instelt naar de handelswijze van een verpleeghuisarts die al eerder was berispt door het Tuchtcollege

³ Van Wet naar Praktijk, deel 2, informatie en toestemming, pag. 117

e.v. Utrecht 2004, In de richtlijn 'omgaan met het verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis' Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 2009 wordt het standpunt van de KNMG meer gespecificeerd.

⁴ Zie noot 3

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Uw wil geschiede?

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST

Over (kwetsbare) ouderen, machtigingen, schriftelijke wilsverklaringen, levenstestamenten en advanced care planning.

Inleiding

De hele ‘Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst’¹ (WGBO) is gebaseerd op de autonomie van de patiënt: artikel 45o lid 1, ‘‘Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist.’’ Kwetsbare groepen zoals minderjarigen en wilsonbekwamen² zijn extra beschermd. Vanaf de leeftijd van 12 jaar, mag er, naast de gezaghebbende ouders, meebeslist worden als men dit weloverwogen kan doen. Als er schade op zou kunnen treden bij de minderjarige, mag de BIG-geregistreerde behandelaar de minderjarige volgen, onder uitsluiting van de gezaghebbende ouders. Vanaf 16 jaar is iemand voor de WGBO meerderjarig en beslist een persoon zelf, tenzij wilsonbekwaam.

Wat als je het zelf niet meer aan kan geven door (tijdelijke) wilsonbekwaamheid? Of je hebt een wens met betrekking tot het levenseinde en je wil dat vooraf vastleggen? Of je hebt voor jezelf een grens tot hoever behandelaars mogen gaan? Hoe geef je dat aan?

Niets geregeld, toch vertegenwoordigd

Als je niets hebt geregeld en je raakt wilsonbekwaam door een ongeval of ziekte, dan heeft de wetgever in de WGBO vastgelegd wie jou mag vertegenwoordigen en wie de hoogste in rang is. Achtereenvolgens in volgorde van de hoogste in rang:

- De wettelijke vertegenwoordigers, door de rechter benoemd, de curator of de mentor (de curator mag naast de zorg ook de zakelijke belangen behartigen)
- De persoonlijk schriftelijk gemachtigde (de door jou zelf aangewezen persoon die naar jouw oordeel jouw belangen het beste kan vertegenwoordigen)
- De niet benoemde vertegenwoordiger volgens de WGBO
 - Echtgenoot, geregistreerde partner of andere levensgezel
 - Vader, moeder, broer of zus of kinderen

Als er helemaal niemand is die in dit rijtje past, of diegene is niet bereikbaar, of in noodsituaties, mag de BIG-geregistreerde behandelaar handelen volgens de algemeen geldende standaard. Dat is doen wat iedere professional in die omstandigheden ook zou doen.

Er zijn grenzen aan wat en waarover vertegenwoordigers mogen beslissen. Zeer persoonlijke zaken, zoals orgaandonatie en euthanasie, zijn uitgesloten. Andersom is, bij het maken van de nieuwe donorwet, wel bedongen dat nabestaanden bezwaar kunnen maken tegen orgaandonatie als de donor dit wel zo heeft aangegeven³.

Vertegenwoordigers en behandelaars worden geacht in de geest van de wilsonbekwame te handelen. Omdat te kunnen, zijn wilsverklaringen een handige en nuttige aanvulling.

Schriftelijke wilsverklaringen

Uit een onderzoek in 2015⁴ bleek dat 80 % van de inwoners van Utrecht geen testament heeft, landelijk lag dat gemiddelde op 60%, met levenstestamenten liggen deze percentages nog hoger. In 2018 bleek dat 75% er weleens van gehoord heeft, maar slechts 18% weet wat het inhoudt; 6% bleek een levenstestament te hebben en 15% was van plan dit te gaan regelen.⁵

Vaak is onbekendheid een reden om niets te regelen. Een testament treedt in werking als men is overleden, een levenstestament treedt in werking als men nog leeft, maar niet meer zelf aan kan geven wat er moet gebeuren, als men dus wilsonbekwaam is.

Het is voor iedereen verstandig om iets te regelen voor het geval je het zelf niet meer kan aangeven. Voor (kwetsbare) ouderen is het extra verstandig en voor BIG-geregistreerde hulpverleners extra verstandig als men weet hoe het verder moet bij wilsonbekwaamheid en met welke vertegenwoordiger men moet overleggen. Wat mij betreft behoort minimaal een schriftelijk persoonlijk gemachtigde bij advanced care planning, liefst nog een levenstestament met aanvullende aanwijzingen hoe de betrokkene behandeld wil worden.

Voor handelingen en verrichtingen conform de WGBO is een simpele, handgeschreven verklaring voldoende, de zogenaamde machtiging⁶. Als daar een datum op staat, er in staat wie de vertegenwoordiger is, wat de vertegenwoordiger mag beslissen of waarvoor hij of zij gemachtigd is en deze is ondertekend, zo nodig door beiden, dan is dat voor zorg onder de WGBO voldoende. Wil je de gemachtigde ook rechtshandelingen laten verrichten dan is een notariële machtiging nodig (al dan niet gekoppeld aan een levenstestament).

Verder kan iedereen een wilsverklaring opstellen met wensen en verboden, de zogenaamde negatieve of positieve wilsverklaringen die gebruikt kunnen worden in het geval men wilsonbekwaam wordt. Ook aan wilsverklaringen zitten inhoudelijke en procedurele eisen. Deze zijn te vinden op de websites van diverse organisaties.

Wat betreft de inhoud:

- Een titel die aangeeft waar de verklaring over gaat (euthanasieverklaring, behandelverbod)
- Naam en geboortedatum van de opsteller
- Ondertekening, plaats, datum en handtekening van de opsteller
- Specificatie van de wilsverklaring (nadere uitwerking van omstandigheden waarop de wilsverklaring van toepassing is)
- Persoonlijke aanvulling (bijvoorbeeld wat deze persoon verstaat onder ondraaglijk lijden)
- Dat de opsteller bewust is van en de consequenties aanvaardt bij uitvoering van de wilsverklaring (uit vrije wil en weloverwogen)
- Eventueel herroepen van eerdere verklaringen
- Eventueel een volmacht, wie als gemachtigde is aangewezen
- Zorgen dat belanghebbenden op de hoogte zijn, zoals de huisarts, andere zorgverleners en wie daarvoor zorgdraagt.

Wat betreft de procedurele kant:

- Bij voorkeur heeft de patiënt de verklaring vooraf besproken met de huisarts⁷
- De gemachtigde en de zorgverleners hebben een kopie van de wilsverklaring (verantwoordelijkheid van de patiënt)
- Het document moet actueel zijn, dus zo nodig herbevestigen, als men jong en gezond is hoeft dat niet jaarlijks, maar bij kwetsbare ouderdom is dat wel verstandig. Bijstelling van het document mag ook. Ook hier ligt de verantwoordelijkheid bij de patiënt, maar een reminder mag altijd

Handreiking voor de huisartsenpraktijk:

- Scan de wilsverklaring in, in het HIS, en koppel aan ICPC A2o
- Maakt zo nodig een attentie- of memoregel aan
- Bewaar de originele, getekende, wilsverklaring in het archief
- 6 Machtigingen kunnen ook verstrekt worden aan derden, bijvoorbeeld verzekeringsmaatschappijen, of ARBO- artsen, ten behoeve van inzage in het medisch dossier
- 7 KNMG, Handreiking Tijdig spreken over het levenseinde, ook als E-book

- Zorg dat het bekend wordt op de HAP
- Bij verwijzing naar de tweede lijn, episode Wilsverklaring meesturen
- Bericht aan HAP na overlijden van patiënt

Negatieve wilsverklaring

Een negatieve wilsverklaring houdt een weigering in van de patiënt om behandeld te worden. In beginsel dienen behandelaars deze verklaring⁸ te respecteren. Voorbeelden van negatieve wilsverklaring zijn een niet-reanimeren verklaring en een behandelverbod op bijvoorbeeld langdurige beademing of opname in een ziekenhuis.

Positieve wilsverklaring

Een positieve wilsverklaring of verzoek tot een bepaalde behandeling is het verzoek van een patiënt om bepaalde handelingen uit te voeren (bijvoorbeeld euthanasie), een behandeling te starten (bijvoorbeeld altijd te reanimeren) of voort te zetten (bijvoorbeeld door te gaan met beademing). De behandelaar is niet verplicht deze verzoeken te volgen en mag beoordelen of hij of zij aan deze verzoeken kan voldoen. Als er sprake is van medisch zinloos handelen, mag de behandelaar het verzoek negeren (wel onderbouwen). Voorbeelden van positieve wilsverklaringen zijn de euthanasieverklaring en de levenswensverklaring.

Een donorverklaring kan zowel positief als negatief zijn, al naar gelang de keuze die gemaakt wordt om wel of geen donor te zijn.

Advanced care planning

Van de huisarts wordt een proactieve en anticiperende houding verwacht, zeker bij kwetsbare ouderen en bij palliatieve zorg. Een levenseindegesprek (zie noot 7) is dan een goed begin bij advanced care planning. Het voordeel voor de huisarts is dat een eventuele vertegenwoordiger vroegtijdig kan worden vast gelegd door de patiënt zelf. Dat voorkomt gedoe als er meerdere vertegenwoordigers binnen dezelfde rangorde zijn (meestal bij veel kinderen) en ze niet op één lijn zitten. Daarnaast is het prettiger werken als bekend is wat de patiënt wil, zodat er in de geest van die patiënt kan worden beslist in het geval van wilsonbekwaamheid. Leg dit dan ook zoveel mogelijk vast in het dossier na het (levenseinde)gesprek. Door het vast te leggen kan ook een eventuele vertegenwoordiger, die niet in de geest van de patiënt handelt, aangesproken worden en zo nodig worden genegeerd⁹.

Heeft u al aan uw eigen advanced care planning gedacht? Wie van uw naasten is van uw wensen op de hoogte en wat is er vastgelegd? ☺

1 Voor juristen Boek 7, bijzondere overeenkomsten, titel 7 opdracht, afdeling 5, de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling.
2 Wilsonbekwaam is iemand die niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen die aan de orde zijn. Zie ook voor zeer uitgebreide informatie: Wilsonbekwaamheid in de medische praktijk, van Irma Heins en Adger Hondius (red.), De Tijdstroom, Utrecht, 2018, ISBN 9789058980649.

3 Mits er een zwaarwegend belang is, zie ook Op een Lijn nummer 60, april, 2018
4 Het is opvallend dat uitvaartorganisaties deze onderzoeken doen, dit was een onderzoek van Coöperatie DELA met Hoekstra en Partners notarissen in 2015
5 Yarden Afscheidsmontor 29-01-2018

8 De behandelaar moet dan wel op de hoogte zijn. Daarnaast kan de behandelaar om gegronde redenen afwijken. Bijvoorbeeld als hij twijfelt aan de echtheid van de verklaring, of als het een ondeugdelijke verklaring is.
9 De WGBO stelt dat de vertegenwoordiger de zorg van een goed vertegenwoordiger moet betrachten.

Gezondheidsrechtelijke kwesties

De nieuwe donorwet: andere rol voor de huisarts?

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST

Op 13 februari heeft de eerste kamer het initiatiefwetsvoorstel tot invoering van een actief donorregistratiesysteem (ADR) aangenomen. Per 1 juli 2020 zal deze wet inwerking treden. Wat gaat dit concreet betekenen voor iedereen boven de 18 jaar in Nederland? Welke keuzes kunnen zij maken? Wat is de rol van hun nabestaanden? Hoe zit het minderjarigen? Wat is de rol van de (huis)arts en gaat die veranderen? hoe actief bent u in het bespreken van donatie?

Overzicht van veranderingen

Orgaandonatie en weefseldonatie is nu geregeld in de Wet op de Orgaandonatie, in 2020 wordt dat de nieuwe wet Actieve Donor Registratie (ADR). De nieuwe donorwet regelt, dat vanaf 2020 iedereen vanaf 18 jaar in Nederland geregistreerd wordt in het donorregister. Het doel van de nieuwe donorwet is om uiteindelijk meer geschikte donororganen te verkrijgen doordat iedereen die geen bewuste keuze maakt (zie onder voor de mogelijkheden), geregistreerd zal worden als 'geen bezwaar'. Deze persoon heeft dan zelf geen actieve keuze geregistreerd, men gaat er dan vanuit dat die persoon geen bezwaar heeft tegen donatie. In de behandeling van deze wet heeft dat tot veel discussie geleid omdat dit schuurt met het recht op de onaantastbaarheid van ieders lichaam en de artsen hier te veel doorzettingsmacht door zouden krijgen. In de plenaire behandeling van deze wet is uitgebreid stilgestaan bij de positie van nabestaanden bij de situatie van 'geen bezwaar'. Nabestaanden houden, nu geborgd, de mogelijkheid om donatie tegen te houden als men het aannemelijk kan maken dat de overledene echt geen donor had willen zijn. Zie ook verder bij de rol van nabestaanden.

Een ander juridisch knelpunt is de vergewisplicht voor artsen om vast te stellen of de overledene ten tijde van de registratie wilsbekwaam was. In de praktijk kan dit op problemen stuiten. In de Memorie van Antwoord heeft de initiatiefneemster van de wet er eerder op gewezen dat de vergewisplicht een inspanningsverplichting is, die er bijvoorbeeld uit kan bestaan dat de arts contact opneemt met de huisarts van de patiënt. In de uitleg aan de Eerste Kamer is voorgesteld om de vergewisplicht nader in te vullen door middel van een protocol, zoals het Modelprotocol Orgaan- en Weefseldonatie. Tevens wordt in de nieuwe wet vastgelegd dat voor gemeenten de wettelijke verplichting ontstaat om bij afgifte van paspoort en rijbewijs de aanvrager te informeren over orgaandonatie.

Als men al geregistreerd stond in het donorregister dan blijft die registratie gewoon geldig.

Actieve donor registratie keuzemogelijkheden

Het donorregister geeft de volgende keuze mogelijkheden voor meerderjarigen¹:

1. Ja, ik geef toestemming

- Ik stel mijn organen en weefsels na mijn overlijden beschikbaar voor transplantatie.
- Het gaat om de volgende organen en weefsels: alvleesklier, bloedvaten, botweefsel/kraakbeen/pezen, darmen, hart, hartkleppen, huid, lever, longen, nieren en oogweefsel (met de mogelijkheid om bepaalde organen niet te doneren).

2. Nee, ik geef geen toestemming

- Ik stel mijn organen en weefsels na mijn overlijden niet beschikbaar voor transplantatie.

3. Mijn partner of familie beslist

- Mijn partner of familie beslist na mijn overlijden of mijn organen en weefsels beschikbaar zijn voor transplantatie.
- Bij verschil van mening tussen uw nabestaanden vindt er geen donatie plaats.
 - Is er geen partner of familie² en heeft u uw keuze niet geregistreerd in het Donorregister, dan bent u geen donor.

4. De door mij gekozen persoon beslist

Ik kies zelf een persoon die na mijn overlijden beslist of mijn organen en weefsels beschikbaar zijn voor transplantatie. Deze persoon kan ook woonachtig zijn in het buitenland.

Rol nabestaanden

Over de rol van de nabestaanden is lang gediscussieerd, met name in de Eerste Kamer. In een ultieme poging de wet door de Eerste Kamer te loodsen houden nabestaanden nu het laatste woord. Staat de overledene geregistreerd als 'geen bezwaar', dan houden nabestaanden de mogelijkheid om donatie tegen te houden als men het aannemelijk kan maken dat de overledene echt geen donor had willen zijn. Ook bij kinderen onder de 16 jaar kunnen nabestaanden altijd de donatie tegenhouden. Als de overledene staat geregistreerd als orgaandonor, dan kunnen nabestaanden alleen bij 'zwaarwegende redenen' bezwaar maken tegen orgaandonatie. Als nabestaanden niet op tijd kunnen worden bereikt mag niet tot orgaandonatie worden overgegaan.

Ook mogen nabestaanden de keuze voor donatie maken als de overledene dat zo heeft vastgelegd in het donorregister.

Als de overledene in het donorregister heeft vastgelegd dat hij of zij geen organen wil afstaan, dan kunnen nabestaanden dit niet ongedaan maken.

Rol (huis)arts

Een arts heeft volgens de procedure altijd een gesprek met de nabestaanden over orgaan- of weefseldonatie. Maar is dat in de praktijk ook zo? Als er tot donatie zal worden overgegaan zal dit gesprek zeker plaats vinden, maar hoe vaak is het niet lastig om dit gesprek te voeren als iemand net is overleden? Hoe moeilijk is het als je er in een dienst op een huisartsenpost voor komt te staan? Ook hier is winst te behalen door artsen te scholen in dit soort gesprekken en er tijd voor vrij te maken en te honoreren. Voordat een orgaantransplantatie plaatsvindt zijn artsen verplicht onderzoek te doen of een orgaan geschikt is voor transplantatie. Sinds juli 2013 mag de arts dit onderzoek ook doen voordat een patiënt overlijdt, ook als de patiënt niet geregistreerd staat. Blijkt het orgaan geschikt, dan kan de arts sneller toestemming vragen voor transplantatie aan de nabestaanden. Ook dit maakt donatie en transplantatie van organen vaker mogelijk.

Naast leeftijdscriteria zijn er ook specifieke criteria die bepalen welke organen en weefsels en onder welke voorwaarden gedoneerd kunnen worden.

Is er bij (huis)artsen voldoende bekend wat de procedures zijn bij orgaan- en weefseldonatie? Kennen we als artsen de criteria en contra-indicaties voor donatie. Wie raadpleegt bij ieder overlijden het Donorregister? Onbekend maakt onbemind, dus wil de ADR daadwerkelijk meer donororganen en donorweefsel opleveren dan moeten (huis)artsen op de hoogte zijn van de procedures en criteria.

Een overzicht van alle criteria en contra-indicaties met betrekking tot orgaan- en weefseldonatie.

In het stroomschema is de procedure in één overzicht te zien. De informatie op pagina 29 is per december 2017 uitgebreid.

Het zakkaartje is hierdoor 4 pagina's lang geworden. Een taak die lastiger is voor artsen, en ook onderkend door de KNMG, is het vaststellen of iemand wilsbekwaam was op het moment van het vastleggen van de keuze in het Donorregister, hopelijk gaat het modelprotocol daar meer duidelijkheid verschaffen hoe ver deze inspanningsverplichting gaat.

Conclusie

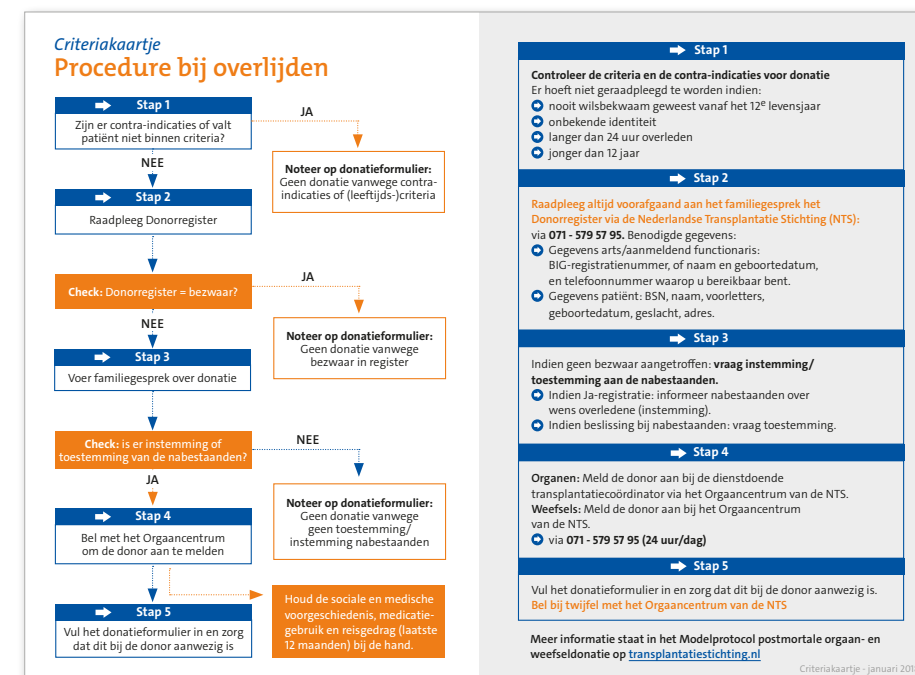
Wil de ADR meer donaties opleveren dan zullen ook (huis) artsen meer aandacht moeten hebben voor de problematiek van donortekorten en bereid zijn dit nog meer bespreekbaar te maken en alert te zijn op de mogelijkheid van donatie. Om deze lastige gesprekken makkelijker te maken helpt het om op de hoogte te zijn van de procedures en de criteria te kennen. ☺

¹ In de Wet op de orgaandonatie staat dat iedereen vanaf 12 jaar (mits wilsbekwaam) toestemming kan geven voor donatie na overlijden en zich dus kan registreren, of daartegen bezwaar kan maken. Kinderen jonger dan 12 jaar kunnen geen keuze in het Donorregister vastleggen. De arts vraagt in dat geval toestemming aan ouders of voogd. Bij overlijden tot 16 jaar kunnen de ouders of voogd de geregistreerde donatietoestemming van de jongere herroepen. De donatie gaat dan niet door. Zijn beide ouders of de voogd afwezig of onbereikbaar, dan mag de donatie wel. Heeft de jongere 'nee' geregistreerd, dan kunnen de ouders of voogd dit niet negeren en wordt de jongere geen donor.

² Onder '(uw) partner' wordt verstaan uw echtgenoot/echtgenote, geregistreerd partner of andere levensgezel die op het moment van overlijden met u samenwoont. Onder 'uw familie' wordt verstaan uw meerderjarige bloedverwanten tot en met de tweede graad (ouders, grootouders, kinderen, kleinkinderen, broers en zussen) en uw meerderjarige aanverwanten tot en met de tweede graad (ouders of een broer of zus van uw echtgeno(o)t(e) of partner, of echtgeno(o) te of partner van uw broer of zus).

³ Een nabestaande kan bijvoorbeeld in zware psychische nood raken als de donatie zou doorgaan

⁴ Er is een brochure "weefseldonatie in de huisartspraktijk" van de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) en een 'Modelprotocol postmortale orgaan- en weefseldonatie'



Gezondheidsrechtelijke kwesties

Dossier, informatie en toestemming

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST

Haken en ogen in het omgaan met informatie en dossier van nu tot 2020

De nieuwe 'Wet Cliënten rechten bij elektronische verwerking van gegevens' (Wcbevvg) wordt gefaseerd ingevoerd. De wet is ingegaan op 1 juli 2017 en kent een uitloop naar 1 juli 2020. Het is tijd om alles met betrekking tot dossiervoering en informatieverstrekking op een rij te zetten. We beginnen met een overzicht van komende en gaande wetten. Waarom deze nieuwe wet is ingevoerd, wat er verandert en wat de consequenties voor de dagelijkse praktijk zijn, zal ik achtereenvolgens beschrijven.

Overzicht van wetten (voor de 'diehards')

Het begon allemaal met een ambitieus plan van de Minister om alles betreffende patiënten rechten te regelen in één wet, de zogeheten 'Wet cliëntenrechten zorg'. Na jaren proberen bleek dit een onmogelijk opgave. Per 14-02-2013 is deze wet gesplitst in vijf delen die stapsgewijs ingevoerd zouden worden:

- Klachten en geschillen, vast gelegd in de WKKgz¹
- Kwaliteit (WKKgz)
- Goed bestuur en medezeggenschap
- Aanpassing WGB²
- Aanpassing WTZ³

Veel zaken waren al in de jurisprudentie geregeld en werden/worden verder gecodificeerd. De aanpassingen in de nieuwe 'Wet cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens' (verder "de wet") is bedoeld ter versterking van de patiëntrechten in het kader van kwaliteit en medezeggenschap. Deze wet regelt dat iedereen zelf mag bepalen met welke zorgverlener het dossier elektronisch gedeeld mag worden en welke informatie wel of niet mag worden gedeeld. Daarnaast bepaalt deze wet dat de patiënten recht hebben op elektronische inzage en afschrift en het moet zichtbaar zijn voor de patiënt wie het dossier bekeken heeft.

De nieuwe wet is onderdeel van de 'Wet gebruik Burgerservicenummer in de zorg'. Aangezien het inmiddels niet meer alleen gaat om het gebruik van het Burgerservicenummer, is deze wet per 1 juli 2017 omgedoopt in de 'Wet aanvullende bepalingen verwerking

persoonsgegevens in de zorg'. Om het makkelijk te maken wordt de 'Wet bescherming persoonsgegevens' (Wbp) per 25 mei 2018 vervangen door de 'Algemene Verordening Gegevensbescherming' (AVG)⁴.

De nieuwe wet wordt inwerking gesteld door het 'Besluit elektronische gegevensverwerking door zorgaanbieders'⁵, welke met enige vertraging is ingevoerd.

Belangrijk is dat 'de wet' gefaseerd wordt ingevoerd: het eerste deel per 1 juli 2017 en de rest per 1 juli 2020. De reden hiervoor is, dat het nogal wat vraagt van de ICT ontwikkelaars zoals we verderop zullen zien.

In dit overzicht mag de 'Wet inlichtingen en veiligheidsdiensten' (Wiv) niet ontbreken. Deze wet is beter bekend onder de naam 'aftapwet' of 'sleepwet'⁶. In principe zou deze wet ook betrekking kunnen hebben op de vertrouwelijke communicatie tussen arts en patiënt, maar ik laat dat nu verder buiten beschouwing.

Reden van invoering

Wat is nu de diepere gedachte achter de invoering van deze wet?

Het gaat uiteindelijk om de versterking van de patiënten rechten en de nieuwe eisen voor de beveiliging van patiënten gegevens. Op basis van het beroepsgeheim zijn BIG-geregistreerden verplicht om zorgvuldig om te gaan met medische gegevens. Door de toename van ICT mogelijkheden, digitaal berichtenverkeer en patiëntportalen, worden er (ook Europees) strengere eisen gesteld⁷ aan de beveiliging. Verder moet het voor patiënten duidelijk zijn wie wat mag zien en het moet achteraf controleerbaar zijn.

Wat wordt er nu anders?

Patiënten krijgen nauwelijks meer rechten, maar kunnen hun rechten wel beter waarborgen en controleren. We zetten de patiëntrechten met betrekking tot het dossier en informatie op een rij en kijken daarna wat en wanneer er iets verandert.

Patiëntrechten met betrekking tot hun dossier en informatie:

- Inzage
- Afschrift (tegen geringe vergoeding als het veel is)
- Recht op aanvulling/ correctie (van de feiten)
- Recht op verwijdering/ vernietiging⁸
- Recht op afscherming (bepalen wie iets wel of niet mag zien)
- Moet toestemming geven voor uitwisseling van gegevens
- Inzien registratie ('logging') gegevens (Wbp art. 35)

Wat moeten zorgverleners nu al met betrekking tot het dossier op basis van de WGB⁹?

- Aangeven welke persoonsgegevens worden verwerkt (Wbp, wordt AVG)
- Toestemming vragen voor uitwisselen medische info (WGB⁹)
- Goed medische dossier bij houden (WGB⁹)
- Vast leggen van acties in het medisch dossier (*logging* Wbp art. 35)
- Voldoen aan eisen van veiligheid bij elektronische gegevensuitwisseling (Wbp)

Wat gaat er dan veranderen?

Er komen nieuwe rechten voor de patiënt met betrekking tot het dossier:

- Inzage, per juli 2020: gratis elektronische inzage
- Afschrift, per juli 2020: gratis elektronische afschrift
- Recht op aanvulling/correctie (feiten): geen verandering
- Recht op verwijdering/vernietiging: geen verandering
- Recht op afscherming: per juli 2017 moet het gelogd worden
- Moet toestemming geven voor uitwisseling van gegevens: per juli 2020: differentiatie in welke gegevens en welke zorgverleners
- Inzien *logging* gegevens: per juli 2020 gespecificeerde *logging* gegevens

Er komen nieuwe verplichtingen voor de zorgverlener met betrekking tot het dossier:

- Welke persoonsgegevens worden verwerkt: per juli 2017 moet de zorgverlener de patiënt informeren over rechten en de werking van informatie uitwisselsystemen
- Toestemming vragen voor uitwisselen medische info: per juli 2017 uitdrukkelijke opt-in en vanaf 2020: gespecificeerde en gedifferentieerde toestemming
- Goed medische dossier bij houden: per juli 2017 patiënt informeren als er nieuwe zorgverleners gebruik maken van systeem, vanaf 2020 een registratie bijhouden van verleende toestemmingen
- Vastleggen van acties in het medisch dossier (*logging*), per 2020: elektronische *logging* (wie, wat, wanneer)
- Voldoen aan eisen van veiligheid bij elektronische gegevensuitwisseling: vanaf 2020: NEN 7510, NEN 7512, NEN 7513 (veiligheidsnormen ICT)⁹

Consequenties voor de dagelijkse praktijk van juli 2017 tot juli 2020

Voor de meeste rechten van de patiënt en plichten voor de zorgverlener gaat er niet veel veranderen behalve dat het allemaal formeler wordt. Er moet meer worden vastgelegd en gedocumenteerd, hetgeen deels zal gaan met ICT ondersteuning maar het moet wel eerst geregistreerd worden.

Omdat het allemaal formeler wordt moet de volgende aanpassingen per praktijk worden gedaan vanaf 2020¹⁰:

- Iedere instelling moet een Functionaris gegevensbescherming (FG) benoemen
- Eisen van NEN 7510-7512 en 7513 moeten in het HIS zijn geïmplementeerd (HIS leverancier)

Consequenties van deze eisen zijn:

- Alleen UZI passen op naam!
- Geen teamviewer-achtige oplossing voor thuiswerken
- Medewerkers opschonen en juiste rollen toekennen
- FG benoemen (praktijk, maatschap, cluster)

Conclusie

Er gaat dus niet zo veel veranderen met betrekking tot de rechten van de patiënt of de verplichtingen van de zorgverlener. Echter, het wordt allemaal wel een stuk formeler en voor de patiënt inzichtelijker en controleerbaarder. De achterliggende gedachte is kwaliteitsverbetering. Ook moeten we er als zorgverlener rekening mee houden dat het allemaal sneller gaat. Als een patiënt nu een kopie van zijn dossier wil, moet hij daar om vragen. Nu hebben we nog tijd om te kijken wat er staat. Bij online verbindingen is die ruimte er niet meer. De patiënt heeft straks direct toegang tot zijn of haar dossier, dat vraagt ook een aanpassing van de werkwijze en verslaglegging. We hebben van de wetgever drie jaar de tijd gehad om hier rekening mee te houden. Een groot deel van de aanpassing zal plaatsvinden binnen de ICT van het HIS en is dus voor de HIS-leverancier, maar ook wij als zorgverleners zullen aanpassingen moeten doen. Dus aan de slag, want uiteindelijk ligt de verantwoordelijkheid voor het naleven van de privacy wetgeving bij de zorgaanbieder!

¹ Wet kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg, zie Op één lijn maart 2016

² Zie Op één lijn Juni 2017

³ Wet toelating zorginstellingen

⁴ Dit is dan in lijn met de Europese privacywet General Data Protection Regulation, (GDPR)

⁵ Wie behoefte heeft aan een historisch overzicht vanaf 2012 verwijs ik naar de kamerstukken wetsvoorstel 33509, echt iets voor een regenachtige dag.

⁶ Zo genoemd omdat de inlichtingendiensten gegevens ongericht mogen verzamelen (sleepnetmethode) en ook versleutelde informatie mogen ontsleutelen.

⁷ Zie noot 4, GDPR

⁸ Behoudens argumenten om niet te verwijderen: Wettelijk voorschrift. Een ander dan de patiënt heeft een aanmerkelijk belang (erfelijke ziekte, verwekking met donorzaad, gerechtelijke procedure). Goed hulpverlenerschap staat vernietiging in de weg (mishandeling, in belang van de behandelrelatie, toetsbaarheid)

⁹ NEN 7510, norm voor beveiliging van gegevens, NEN 7512, norm voor uitwisseling van gegevens, NEN 7513, norm voor logging van de toegang tot gegevens

¹⁰ Eisen uit besluit elektronische gegevensverwerking (pas 2020)

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Shared decision making in de WGBO¹?

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST

Inleiding

‘Shared decision making’ alias samen beslissen, wordt uitgewerkt in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO). Voor mij persoonlijk maar ook voor andere juristen is shared decision making een onmogelijke term. De hele WGBO is namelijk gebaseerd op de autonomie van de patiënt, met als hoogste goed het zelfbeschikkingsrecht².

Zelfbeschikking wordt omschreven in drie varianten:

1. Zelfbeschikking als zelfontplooiing: aangeven wat de eigen normen en waarden zijn
2. Zelfbeschikking als keuzevrijheid: het zelf weloverwogen beslissen
3. Zelfbeschikking als afweerrecht: het weigeren van een behandeling

Op basis hiervan beslist de patiënt dus uiteindelijk zelf, zoals ook in diverse wetten valt te lezen.

WGBO Artikel 450

Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de **toestemming van de patiënt vereist**.

Wet maatschappelijke ordening (WMO) Artikel 5.2.5

Een zorgverzekeraar en een zorgaanbieder als bedoeld in de Zorgverzekeringswet zijn, voor zover betrokkene daarvoor **zijn ondubbelzinnige toestemming heeft verleend**, bevoegd uit eigen beweging en desgevraagd verplicht aan het college kosteloos persoonsgegevens, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid, te verstrekken.

Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding Artikel 2a

De zorgvuldigheidseisen houden in dat de arts de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van een **vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt**. Ook in de Amerikaanse definitie beslist de patiënt zelf:

As defined by Washington State, shared decision making is a process undertaken between a clinician and a patient with a preference-sensitive condition – a condition that has more than 1 clinically appropriate intervention or management strategy,

- 1 Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, voor juristen, Afdeling 5 van Titel 7 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek
- 2 Thematische wetsevaluatie “zelfbeschikking in de zorg”, Den Haag: ZonMw, juni 2013 Reeks evaluatie regelgeving: deel 34

such as stable ischemic heart disease or herniated disk – to help the patient decide among multiple acceptable health care choices in accordance with his or her preferences and values. A basic tenet of shared decision making is that clinicians are the experts in the evidence and patients are the experts in what matters most to them.

Shared decision is een verkeerde term voor een mooi proces. Het gaat om goede informatie en beslishulpen die ‘patient-centered’ is. Daar was al een goede term voor: ‘Informed consent’. Dat *informed consent* beter moet is duidelijk. Dat is ook de reden dat de WGBO wordt aangepast: op naar *informed consent* 2.0!

Wat gaat dat betekenen voor de huisarts en onze dagelijkse praktijkvoering?

De belangrijkste thema’s die aangepast worden:

- Wijzigingen ten behoeve van patiëntgerichte zorg
 - Samen beslissen (lees: verbeteren van het *informed consent*)
 - De patiënt als gesprekspartner
- Aantekening in het medisch dossier van besluit tot ingrijpende verrichting
- Aantekening in het medisch dossier van wilsonbekwaamheid
- Verlenging bewaartermijn van medisch dossier
- Inzagerecht voor nabestaanden

Er zijn eenvoudige aanpassingen zoals de bewaartijd voor patiëntendossiers. Deze wordt naar 20 jaar verlengd (was 15 jaar). Andere aanpassingen zullen meer consequenties hebben zoals de dossiervoering (meer noteren) of ze zullen invloed hebben op de consulttijd (maatwerk in de spreekkamer). Vooruitlopend op de wetswijziging is het goed om hier alvast de aandacht op te richten omdat het ook consequenties zal hebben voor de praktijkgrootte en de toekomstige financiering als we aan de WGBO verplichtingen willen voldoen.

Waarom wetsaanpassingen ten behoeve van de patiëntgerichte zorg?

In de memorie van toelichting op de wetsaanpassingen staat een uitgebreide toelichting. De belangrijkste argumenten die daarin besproken worden zijn gebaseerd op het veranderde beeld van de zorg. Autonomie en zelfbeschikking zijn altijd de basis voor de WGBO geweest, maar nu wordt ook het beeld van patiëntgerichte zorg verder uitgewerkt, met nadruk op het leveren van maatwerk. Voor maatwerk is het gesprek tussen

hulpverlener en patiënt van essentieel belang. Niet langer kan worden volstaan met eenzijdige informatieverschaffing. Er zal in de WGBO opgenomen worden dat er een dialoog gevoerd dient te worden. In die dialoog moet naast informatie over de behandeling ook gesproken worden over de voor- en nadelen, alternatieven en de optie van niet behandelen. Onderstaande tekst uit de memorie van toelichting zie we dan ook bij letterlijk terug in de nieuwe wettekst:

“De hulpverlener nodigt de patiënt in het gesprek uit om te vertellen in welke mate de patiënt betrokken wil zijn bij de besluitvorming en wat zijn persoonlijke voorkeuren met betrekking tot de behandeling of het onderzoek zijn. Hierdoor ontstaat een zo goed mogelijk beeld van de persoonlijke situatie en wensen van de patiënt. Op deze manier is samen beslissen maatwerk, waarbij het van belang is dat de hulpverlener in het gesprek aansluit bij de beleavingswereld, het bevattingvermogen (waaronder lees- en schrijfvaardigheden), culturele achtergrond en de behoefte en situatie van de individuele patiënt. Het is wenselijk dat de patiënt in dit overleg ook vragen kan stellen, dat een hulpverlener daar ook ruimte voor biedt en de tijd neemt om de vragen te beantwoorden. Ook door de patiënt verzamelde informatie (via internet, literatuur en behandelingen in het alternatieve circuit) en de daarop gebaseerde ideeën van de patiënt over bijvoorbeeld effectiviteit, risico’s en bijwerkingen, kunnen hierbij betrokken worden.”

Artikel 448 (informatieplicht) van de WGBO wordt als volgt gewijzigd: Het eerste lid komt te luiden:

1. De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze in, *passend bij diens bevattingvermogen*, en overlegt met hem over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling, de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en diens gezondheidstoestand. De hulpverlener vraagt daarnaast of de patiënt schriftelijk, langs elektronische weg, of op andere wijze informatie wil ontvangen en verstrekt deze informatie desgewenst aan hem, tenzij het verstrekken van deze informatie in redelijkheid niet van de hulpverlener kan worden verlangd.

In het kader van de zelfbeschikking³ mogen hier keuzehulpen en patiëntenrichtlijnen⁴ worden gebruikt om de

kennisongelijkheid te helpen overbruggen. Daarnaast heeft de hulpverlener ook de inspanningsverplichting⁵ om na te gaan of de patiënt de informatie begrepen heeft. Zonder een goed begrip van de besproken informatie is zelfbeschikking lastig. Onverminderd blijft het recht van de patiënt bestaan om niet geïnformeerd te worden, ook dat is zelf beschikking.

Ook de patiënt heeft een rol

Voor de patiënt zal het eveneens wennen zijn. Is iedere patiënt in staat om de juiste vragen te stellen? Weet een patiënt wat belangrijk voor hem of haar is? Daarnaast is de patiënt al verplicht op grond van de WGBO, de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en medewerking te geven die deze redelijkerwijs nodig heeft voor het kunnen verlenen van goede zorg. Sommige patiënten willen liever niet geïnformeerd worden noch participeren in de besluitvorming. Als patiënten in het gesprek aangeven dat ze het aan de hulpverlener willen overlaten en daarom instemmen met wat de hulpverlener voorstelt, dan kan dat. Om dit proces van samen bepreken beter te laten verlopen worden er diverse instrumenten ingezet. Er worden beslishulpen en keuze instrumenten ontwikkeld, de WGBO zal gewijzigd worden en er komen bewustwordingscampagnes⁶. Het uiteindelijke doel is om het vertrouwen in en de relatie met de hulpverlener te verbeteren, te komen tot een betere behandeltrouw en betrokkenheid bij behandeling en de patiënten tevredenheid te vergroten.

⁵ Inspanningsverplichting: het ‘nagaan of informatie is begrepen’ staat niet gelijk aan het verzekeren dat informatie ook echt begrepen is. Dit laatste is niet altijd mogelijk en valt niet onder de verantwoordelijkheid van de hulpverlener.

⁶ Zoals de campagne ‘3 goede vragen’ van de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (hierna: ‘NPCF’) met de Orde van Medisch Specialisten (hierna: ‘OMS’) die er met name op is gericht om de patiënt te ondersteunen bij het gesprek met zijn hulpverlener. Een ander voorbeeld is de campagne ‘Verstandig Kiezen’. Hierin werken de OMS, de wetenschappelijke verenigingen en ZonMw samen om patiënten te ondersteunen bij gezamenlijke beslissingen over gepast gebruik van zorg.

Wat gaat er verder nog veranderen?

Aantekening in medisch dossier van besluit tot ingrijpende verrichting

In de praktijk blijkt dat hulpverleners te makkelijk toestemming veronderstellen uit de omstandigheden, met name voor ingrijpende verrichtingen. Het wetsvoorstel houdt dus in dat er een verplichting komt om een aantekening in het medisch dossier te maken van de toestemming van de patiënt voor een ingrijpende verrichting (dit sluit ook aan bij het “samen beslissen”)⁷

Aantekening in medisch dossier van wilsonbekwaamheid

Volgens de memorie van toelichting is er “... sprake van een inbreuk op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt wanneer een arts een handeling van geneeskundige aard uitvoert zonder toestemming van de patiënt. Wanneer de patiënt wilsonbekwaam is, kan een in de WGBO bepaalde persoon (artikel 7:465 BW), zoals de mentor of de partner van een patiënt, als vertegenwoordiger in plaats van de patiënt toestemming geven voor het uitvoeren van een dergelijke handeling. Aangezien het hier om een grote inbreuk op het voornoemde recht van de patiënt gaat, is het van belang dat dit oordeel van de hulpverlener toetsbaar is en wordt vastgelegd in het medisch dossier..”

Er komt dus een verplichting om een aantekening te maken in het medisch dossier dat een patiënt niet in staat is tot een redelijke afweging van zijn belangen ter zake. Tevens wordt genoteerd wie dan voor de patiënt optreedt als vertegenwoordiger. De wilsonbekwaamheid wordt vastgesteld ten aanzien van een bepaalde handeling. Dit betekent dus dat in beginsel per handeling moet worden beoordeeld of de patiënt ten aanzien van die handeling bekwaam is om toestemming te geven.

Verlenging bewaartermijn van medisch dossier

Het voorstel is om de bewaartermijn te verlengen van 15 naar 20 jaar. Tevens wordt voorgesteld dat de patiënt, na afloop van de bewaartermijn, aan de hulpverlener kan verzoeken om zijn

⁷ Het kabinet meent dat wanneer sprake is van een verrichting van ingrijpende aard, de toestemming, tenzij sprake is van een bijzondere situatie (zoals spoed), niet verondersteld mag worden. Dergelijke verrichtingen betekenen immers een grotere inbreuk op de lichamelijke integriteit van de patiënt en brengen grotere risico's met zich mee dan verrichtingen van niet ingrijpende aard.

dossier langer te bewaren⁸. Nu al bestaat de mogelijkheid voor een hulpverlener om een dossier langer te bewaren als daar belangrijke redenen voor zijn (zie noot 8).

Inzagerecht voor nabestaanden

Omdat het beroepsgeheim blijft gelden na de dood, was het voor nabestaanden soms moeilijk om inzage te krijgen na iemands overlijden, behalve in het geval van:

- Een wettelijke plicht
- Veronderstelde toestemming (reconstructie van de wil van de overledene) en een gerechtvaardigd belang (uit jurisprudentie)
- Een zwaarwegend belang (uit jurisprudentie)⁹
- Een conflict van plichten situatie

In de aan te passen WGBO wordt het voor nabestaanden, de voormalig wettelijk vertegenwoordiger en ouders van overleden kinderen tot en met 17 jaar in bepaalde gevallen makkelijker om inzage te krijgen na de dood. Voorgesteld wordt om nabestaanden inzagerecht te geven in een medisch dossier van een overleden patiënt wanneer:

1. De overleden patiënt bij leven schriftelijk of elektronisch toestemming heeft gegeven voor inzage na overlijden.
2. De nabestaande op grond van de Wkkgz een mededeling van een zorgaanbieder heeft ontvangen van een calamiteit of van geweld in de zorgrelatie.
3. De nabestaande een zwaarwegend belang heeft bij inzage, er voldoende concrete aanwijzingen zijn dat dit belang wordt geschaad en inzage noodzakelijk is voor de behartiging van dit zwaarwegende belang. Dit was al zo op basis van jurisprudentie, maar staat nu ook in de wet.

⁸ Hiervoor geeft de Gezondheidsraad drie redenen: de goede zorgverlening aan de patiënt, een mogelijke zorgbehoefte van verwanten en het langer kunnen gebruiken van de gegevens voor medisch wetenschappelijk onderzoek.

⁹ Ad : zwaarwegend belang. De derde grond voor inzage is een ‘zwaarwegend belang’. In aansluiting op de jurisprudentie wordt voorgesteld te spreken van een zwaarwegend belang als aan de volgende twee voorwaarden wordt voldaan:

1. het belang van geheimhouding van informatie uit het medisch dossier moet worden gewogen tegen het zwaarwegende belang van de persoon die zich hierop beroept. Inzage wordt alleen gegeven wanneer aan de hand van voldoende concrete aanwijzingen wordt aangetoond dat het zwaarwegende belang geschaad zou kunnen worden;
2. inzage moet noodzakelijk zijn voor de behartiging van dit zwaarwegende belang.

Inzagerecht voormalig vertegenwoordiger

Er was reeds jurisprudentie die het mogelijk maakte om als voormalig vertegenwoordiger inzage te krijgen in het medisch dossier na overlijden. In lijn met deze uitspraak wordt voorgesteld om voormalig vertegenwoordigers, net als nabestaanden, inzage te geven in het medisch dossier na overlijden als:

- er een melding van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie is ontvangen op grond van de Wkkgz.
- dit nodig is om aan te tonen dat hij de zorg van een goed vertegenwoordiger heeft betracht en er tegen hem, in zijn hoedanigheid van vertegenwoordiger, een rechterlijke procedure aanhangig is gemaakt¹⁰.

Inzagerecht ouders en voogd van een overleden kind tot en met zeventien jaar

Inzagerecht is al mogelijk voor kinderen onder de 12 jaar, en zonder bezwaar van het kind of op basis van goed hulpverlenerschap tot de leeftijd van 16 jaar. Kinderen van zestien en zeventien jaar oefenen hun rechten op grond van de WGBO zelfstandig uit. Ouders of voogden hebben bij leven van deze kinderen – zonder toestemming van het kind – geen recht op inzage in het dossier, tenzij het kind wilsonbekwaam is. Deze ouders of voogden van kinderen die zestien of zeventien jaar waren, kunnen op grond van het onderhavige wetsvoorstel na overlijden inzage krijgen onder dezelfde voorwaarden als een andere nabestaande, of, indien het kind wilsonbekwaam is, als een andere voormalig vertegenwoordiger¹¹.

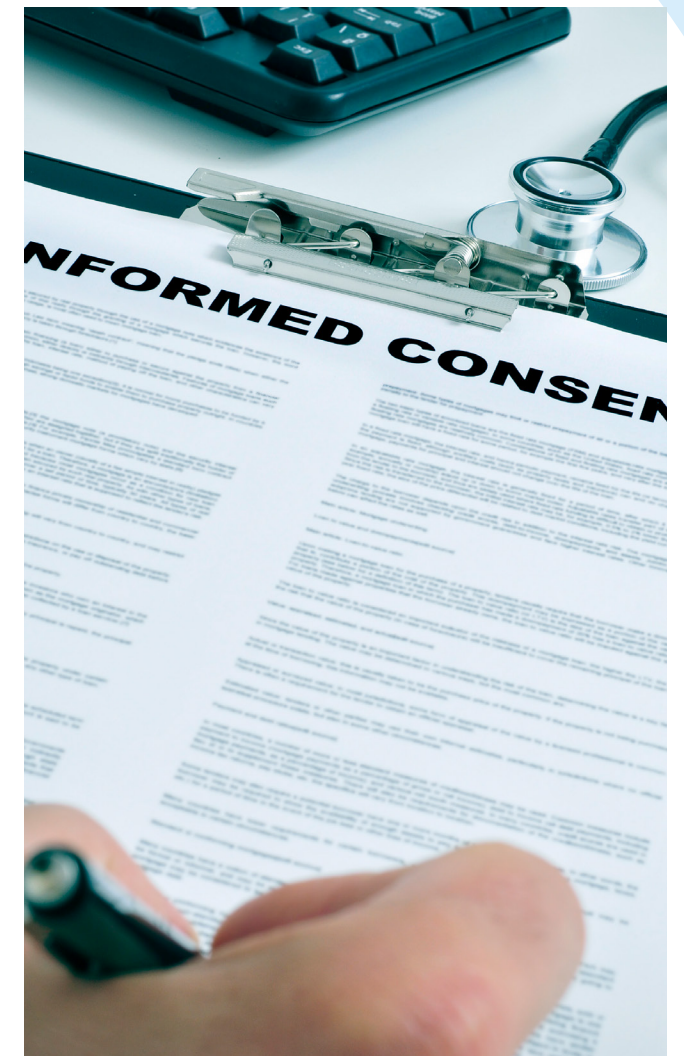
¹⁰ Opgemerkt wordt nog dat een deel van deze vertegenwoordigers ook nabestaande is. In een dergelijk geval hebben deze nabestaanden dus ook inzage in het dossier als zij als vertegenwoordiger optreden en aansprakelijk worden gesteld.

¹¹ Voor zowel de nabestaande of voormalig vertegenwoordiger, die inzage krijgt op een van bovenstaande gronden, geldt dat alleen inzage kan worden verkregen:

- voor zover dit nodig is om aan het doel van inzage tegemoet te komen;
- als de persoonlijke levenssfeer van een derde niet wordt geschaad.

Conclusie

De geplande aanpassingen van de WGBO gaan invloed hebben op de patiëntcontacten en zullen leiden tot ‘shared decision making 2.0’ waarin een wettelijke plicht ontstaat om informatie te verstrekken en te bespreken passend bij het bevattingsvermogen van de patiënt en deze informatie te verstrekken op gewenste wijze. Er dient nog meer dan anders aangetekend te worden in het dossier wanneer er sprake is van wilsonbekwaamheid. Als er sprake is van handelingen van ingrijpende aard, dan dient daar toestemming voor te zijn. Dossiers moeten langer bewaard worden en het inzagerecht na de dood wordt verruimd. ☺



Gezondheidsrechtelijke kwesties

Interprofessioneel teamoverleg

DOOR JERÔME VAN DONGEN, ONDERZOEKER BIJ ZUYD HOGESCHOOL EN VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE¹

Interprofessioneel teamoverleg: wat mag wel en niet rond het delen van patiënt informatie?

Inleiding door Mr. Arie de Jong, huisarts in Goirle en jurist

In “Op één Lijn” nummer 51 heb ik geschreven over het beroepsgeheim in het doolhof van het sociale domein. De overleg structuren zijn sindsdien niet minder geworden. Iedere huisarts of POH-S zit minimaal in een of meerdere overleg structuren. Recent heeft Jerôme van Dongen, gezondheidswetenschapper en onderzoeker (met name naar Interprofessioneel teamoverleg), samen met Loes van Bokhoven en mij een artikel geschreven, dat in de maand februari is gepubliceerd in het tijdschrift voor verpleegkundig experts: TvZ 1 (februari 2017). Gezien de relevantie van dit onderwerp publiceren we dit artikel ook in “Op één Lijn”.

Achtergrond

Door een toenemende vergrijzing die leidt tot een steeds groter wordende groep van mensen die te maken hebben met multimorbiditeit, neemt ook het aantal complexe zorgvragen toe (Campen van, 2011). Bovendien verandert de kijk op wat gezondheid eigenlijk is. Niet langer is dat ‘de afwezigheid van ziekte’. De nieuwe definitie van gezondheid impliceert, dat er vanuit een breder perspectief naar de patiënt wordt gekeken (lichaamsfuncties, mentale functies en beleving, spirituele en existentiële dimensie, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijke participatie en dagelijks functioneren) (Huber et al., 2011). Zorg wordt dichterbij de patiënt georganiseerd, waarbij zorg en welzijn goed op elkaar moeten worden afgestemd. Hierbij wordt er vanuit de huisartspraktijk steeds meer samengewerkt met zorgprofessionals van verschillende disciplines, maar ook andere betrokkenen zoals, bijvoorbeeld, welzijnswerk en woningbouwvereniging, wat ook wel interprofessionele samenwerking wordt genoemd. Een belangrijke schakel in die samenwerking is de verpleegkundige die als praktijkondersteuner samen met de huisarts interprofessioneel teamoverleg initieert.

‘Korte lijntjes’ tussen zorgverleners worden daarbij als succesfactor voor interprofessionele samenwerking ervaren (Cobben, van Dongen, van Bokhoven, & Daniels, 2016). Door deze ‘korte lijntjes’ kunnen zorgprofessionals op gemakkelijke wijze informatie uitwisselen, taken verdelen, elkaar gericht bevragen en adequaat verwijzen. Een diversiteit aan

overlegvormen is de afgelopen jaren ontstaan. Voorbeelden hiervan zijn: het multidisciplinaire overleg (MDO), Hometeam, Sociaal Team, Wijkteam, en Interprofessioneel Teamoverleg. Al deze verschillende overlegvormen hebben een gemene deler, namelijk het afstemmen van zorg en delen van informatie rondom de hulpvraag van de patiënt. **TEKSTBOX 1** geeft een beschrijving van de context van een dergelijk interprofessioneel teamoverleg.

TEKSTBOX 1

Context Interprofessioneel Teamoverleg

Een interprofessioneel team in de eerstelijns bestaat uit zorgprofessionals van verschillende disciplines, bijvoorbeeld huisarts, POH-ggz, POH ouderenzorg, maatschappelijk werker, fysiotherapeut, ergotherapeut en wijkverpleegkundige. Het team bespreekt regelmatig, bijvoorbeeld eens per maand, complexe zorgvragen. Denk aan kwetsbare ouderen en mensen met multimorbiditeit. Doel van het overleg is om samen te komen tot een gezamenlijk, integraal zorgplan.

De voorzitter bereidt het overleg voor, maakt een agenda, bewaakt de tijd en structureert de bespreking. De teamleden brengen vooraf de te bespreken patiënten in, maar kunnen ook tijdens het overleg ad hoc acute zaken inbrengen.

Bron: van Dongen et al. (2016)

Voor het afstemmen van zorg en het delen van informatie, is uitwisseling van gegevens nodig. Voor het delen van patiënt-gerelateerde informatie zijn verschillende wetten en regels geldig. In dit artikel zetten we ze op een rijtje. Wanneer mogen we als team van zorgprofessionals patiëntgerelateerde informatie met elkaar delen? Patiëntgerelateerde informatie mag door zorgprofessionals niet zomaar worden gedeeld met anderen. Zorgprofessionals hebben namelijk een wettelijke geheimhoudingsplicht (KNMG, 2014). Op grond van artikel 88 Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) hebben artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen een medisch beroepsgeheim. Voor verpleegkundigen en verzorgenden zijn ethische uitgangspunten voor de beroepsuitoefening, zoals geheimhoudingsplicht, verder uitgewerkt in de “Beroepscode van Verpleegkundigen en

Verzorgden” (V&VN, 2015). Ook voor maatschappelijk werkers is de geheimhoudingsplicht geregeld in de vorm van een beroepscode. Voor Verpleegkundig Specialisten is dit geregeld in een overgangsregel en Algemene Maatregel van Bestuur (AmvB). Professionals in een team van BIG-geregistreerde zorgprofessionals, die allemaal rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van de patiënt, mogen toestemming van de patiënt voor het uitwisselen van informatie veronderstellen, tenzij uitdrukkelijk verboden door de patiënt.

Echter, wanneer een van de aanwezige professionals niet rechtstreeks betrokken is, of geen BIG-registratie heeft (bijvoorbeeld een ouderenadviseur van de gemeente), moet er volgens de wet toestemming worden gevraagd aan de patiënt om informatie uit te mogen wisselen. De patiënt (of diens vertegenwoordiger) kan de zorgprofessionals van hun beroepsgeheim ontheffen door hen toestemming te geven bepaalde informatie te delen met derden. Volgens de wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) dient deze toestemming vrijwillig, geïnformeerd en doelgericht gegeven te worden. Een patiënt kan slechts toestemming geven, als deze vooraf is ingelicht over het doel van de teambespreking, de inhoud en de mogelijke consequenties van gegevensverstrekking. Deze toestemming mag zowel mondeling als schriftelijk worden gegeven door de patiënt. Een schriftelijke toestemming wordt ook wel een machtiging genoemd. Er is een aantal voorwaarden waaraan een schriftelijke machtiging moet voldoen. Uit de machtiging moet duidelijk naar voren komen welke informatie mag worden verstrekt, aan wie de informatie mag worden verstrekt en voor welk doel. Met andere woorden: de machtiging moet duidelijk zijn geformuleerd en zo specifiek mogelijk zijn toegesneden op het doel (KNMG). Het is wenselijk om deze toestemming in het patiëntendossier aan te tekenen of de schriftelijke verklaring hierin te bewaren. Hiermee geeft de patiënt toestemming aan het team dat betrokken is bij de chronische zorg, zodat bij toenemende zorg behoefte die zorg ook ingezet kan worden zonder dat het team iedere keer weer opnieuw toestemming hoeft te vragen om samen te overleggen.

Bij een team met professionals waarbij niet alle leden een zorgrelatie hebben met de patiënt, mag er in principe geen uitwisseling van informatie plaats vinden. Echter, in sommige gevallen is het onmogelijk om toestemming te vragen, bijvoorbeeld in het geval van zorgmijders. In dergelijke gevallen is het vragen van toestemming en vervolgens uitwisselen van informatie tussen partijen ingewikkeld en is er sprake van bemoeizorg. Voor de situaties die gedefinieerd kunnen worden als bemoeizorg, is de handreiking “Gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg” door GGD Nederland, GGZ Nederland en KNMG geschreven (GGD, GGZ, & KNMG, 2014). Bemoeizorg wordt in deze handreiking omschreven als het bieden van (ongevraagde) hulp aan (zorgwekkende) zorgmijders met een (vaak) complexe problematiek, waarbij verbetering van de kwaliteit van leven en reductie van overlast als uitgangspunten dienen (GGD et al., 2014). In de handreiking wordt beschreven, dat tot het tijdelijk beperken van de rechten van de patiënt (waaronder het uitwisselen van persoonlijke informatie met anderen zonder diens toestemming) in de bemoeizorg alleen wordt overgegaan, als daartoe een evident belang aanwezig is. Het zal daarbij altijd moeten gaan om een dringend gezondheidsbelang (vitaal belang) van de patiënt, al dan niet gecombineerd met ernstige overlast die deze patiënt voor anderen veroorzaakt.

In dergelijke gevallen is het van belang, dat de zorgprofessional die een signaal opvangt, de afweging maakt of er op basis van een van de Legitieme Uitzonderingsregels toch informatie mag worden uitgewisseld. Uitgangspunt binnen deze uitzonderingsregels is, dat informatie mag worden verstrekt, als er sprake is van een risico voor de gezondheid of veiligheid van de patiënt zelf, of anderen in diens omgeving, waarbij het belang van het doorbreken van de geheimhoudingsplicht en het adequaat ingrijpen zwaarder wegen dan de bescherming van de privacy van de betrokken patiënt. In de wet zijn de volgende uitzonderingen benoemd waarbij zonder toestemming informatie mag worden uitgewisseld.

Legitieme Uitzonderingen

1. Een wettelijke verplichting

Bij een wettelijke verplichting om gegevens te verstrekken is een zorgprofessional verplicht informatie aan derden te verstrekken. Een voorbeeld hiervan is de plicht voor de arts om bepaalde infectieziekten zoals hepatitis A, B en C of cholera te melden bij de gemeentelijke gezondheidsdienst

¹ i.s.m. dr. Loes van Bokhoven, huisarts in Elsloo en stafid vakgroep Huisartsgeneeskunde UM

(Wet Publieke Gezondheid). Verder verplicht de Wmo 2015 de arts informatie te verstrekken aan de gemeente, als de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven (ondubbelzinnig en doelgericht).

2 Conflict van plichten

Als toestemming verkrijgen niet mogelijk is en een zorgprofessional ernstige schade aan de patiënt of aan een ander kan voorkómen door informatie aan derden te verstrekken, dan mag informatie met een beroep op een Conflict van Plichten aan derden worden verstrekt (KNMG, 2014). Voor zorgprofessionals die niet onder de WGBO vallen moet er sprake zijn van een 'vitaal belang'. In **TEKSTBOX 2** is een voorbeeld casus van een bemoeizorgtraject beschreven, waarbij het team de patiënt zonder toestemming toch mag bespreken.

TEKSTBOX 2

Voorbeeld uitzondering: casus bemoeizorg

Een praktijkondersteuner heeft van verschillende familieleden en buurtbewoners het signaal gekregen dat de (thuis)situatie van meneer X dermate ernstig is, dat hij een gevaar vormt voor zichzelf en voor buurtbewoners. Meneer is bekend met een drankverslaving en is in het verleden hiervoor meerdere malen onder behandeling geweest. De praktijkondersteuner brengt de situatie van meneer X en bijbehorende problematiek in tijdens het interprofessioneel teamoverleg en zoekt samen met het team naar een geschikte oplossing. Gezien de ernst van de situatie heeft de praktijkondersteuner voor het bespreken van de situatie van meneer X geen expliciete toestemming kunnen vragen.

Van een conflict van plichten is slechts in zeer uitzonderlijke gevallen sprake. Het moet gaan om een noodsituatie. Deze zorgvuldige afweging dient de hulpverlener zelf te maken. Hij of zij moet kunnen verantwoorden waarom inbreuk wordt gemaakt op de geheimhoudingsplicht ten opzichte van de patiënt. **TEKSTBOX 3** geeft een overzicht van de toetsingscriteria die van toepassing zijn op het conflict van plichten (V&VN. & NU'91., 2015).

TEKSTBOX 3

Conflict van plichten (toetsingscriteria van Leenen)

1. Het is niet mogelijk om toestemming te vragen dan wel te verkrijgen. Alles in het werk gesteld om dit wel te doen.
2. De professional is in gewetensnood door zijn beroepsgeheim te handhaven.
3. Het niet doorbreken van het beroepsgeheim kan voor een ander (verdere) ernstige schade opleveren.
4. Het doorbreken van het beroepsgeheim kan (verdere) ernstige schade aan een ander voorkomen.
5. Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.
6. De professional ziet geen andere weg dan doorbreking van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen.
7. Uit de jurisprudentie blijkt dat overleg met een collega die niet direct betrokken is, eigenlijk ook als een toegevoegd criterium gezien wordt.

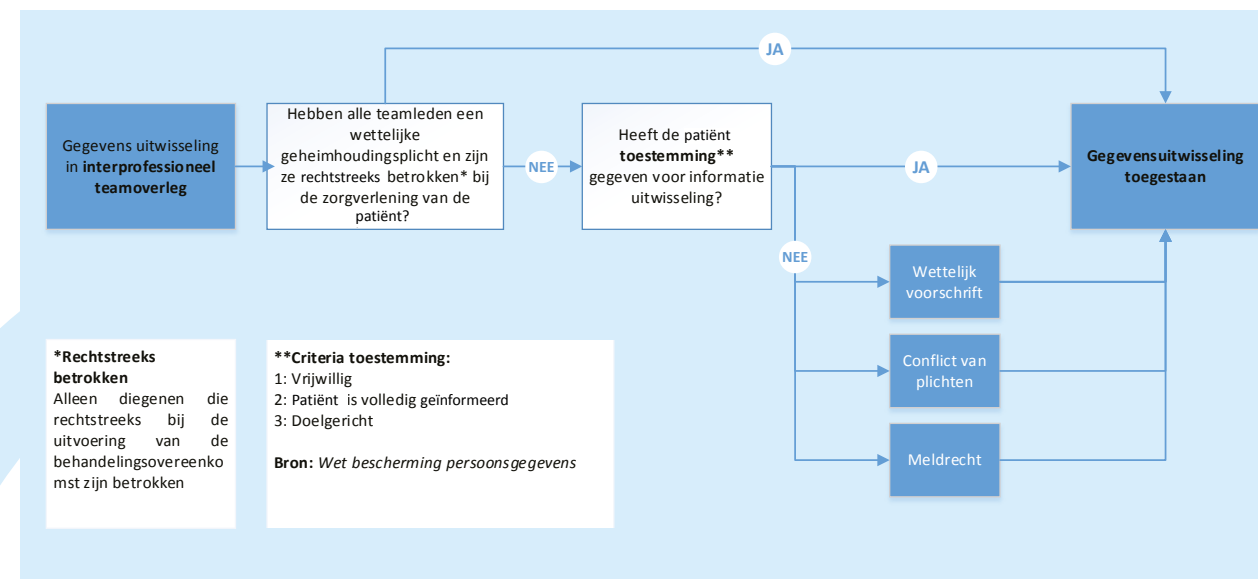
3. Meldrechten

Een meldrecht kan worden gezien als een variant die ligt tussen een wettelijke verplichting en een conflict van plichten. Een voorbeeld hiervan is een vermoeden van huiselijk geweld of ouderenmishandeling, waarvoor in Nederland geen meldplicht, maar een meldrecht bestaat. (zie figuur 1)

Welke informatie mogen we met elkaar delen? Wanneer er volgens wet- en regelgeving informatie mag worden gedeeld, of wanneer de patiënt hiervoor toestemming heeft verleend, resteert nog de vraag welke informatie mag worden gedeeld. De zorgprofessional die informatie wil delen, of hierom wordt gevraagd, moet kritisch bewaken dat alleen relevante informatie van feitelijke aard wordt gedeeld ten behoeve van het bereiken van het uiteindelijke doel. Hierbij moet er gestreefd worden naar het zo min mogelijk verstrekken van aanvullende en vaak niet relevante informatie: Less is more!

Tot slot

Wanneer je als zorgprofessional patiënt-gerelateerde informatie tijdens een interprofessioneel teamoverleg wil delen met derden, behoort de patiënt hiervan op de hoogte te zijn. Uitgangspunt hierbij is dat er niet over een patiënt, of over een gezin wordt gecommuniceerd, maar met een patiënt of gezin. Patiënt en/of mantelzorger kunnen bijvoorbeeld worden uitgenodigd voor deelname aan het teamoverleg. Als deelname niet mogelijk of gewenst is,



Figuur 1: Flowchart gegevens uitwisseling interprofessioneel teamoverleg

kan de zorgprofessional de patiënt tijdens een persoonlijk gesprek informeren over het teamoverleg. Tijdens dit gesprek geef je als zorgprofessional duidelijk aan welke informatie je graag met welke disciplines of instanties wil uitwisselen en wat hiervan concreet het doel is. Juist wanneer de patiënt centraal staat en actief betrokken en geïnformeerd wordt, zal toestemming vragen voor het delen van informatie zelden een probleem zijn. In uitzonderingsgevallen waarin toestemming vragen aan de patiënt niet tot de mogelijkheden hoort, bijvoorbeeld in het geval van bemoeizorg, kan een beroep worden gedaan op: wettelijke verplichting, conflict van plichten of meldrecht. Daarnaast dienen conform artikel 453 van de WGBO zorgprofessionals altijd te (be)handelen volgens de principes en professionele standaard van een goede hulpverlener. Tot slot is het verstandig om als zorgprofessional altijd goed stil te staan bij het doel van de informatie die je verstrekt, welke informatie je verstrekt en welke eventuele gevolgen dit met zich mee kan brengen.

Literatuur

- Campen van, C. e. (2011). Frail older persons in the Netherlands. The Hague: The Netherlands Institute for Social Research (SCP).
- Cobben, C., van Dongen, J., van Bokhoven, L., & Daniels, R. (2016). Best practices interprofessionele samenwerking. *Tijdschrift voor praktijkondersteuning*, 1(11), 6-11.
- GGD, GGZ, & KNMG. (2014). Handreiking Gegevensuitwisseling in de bemoeizorg.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163
- KNMG. (2014). Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden: Een wegwijzer voor zorgprofessionals: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- V&VN. (2015). Beroepscode van Verpleegkundigen en Verzorgden. Utrecht: V&VN.
- V&VN., & NU'91. (2015). Hoe ga je om met het beroepsgeheim? Handreiking voor verpleegkundigen en verzorgden. Utrecht: V&VN.

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Een frisse blik op de lijkschouw

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST

Wie mag de dood vaststellen? Wie mag schouwen? Wat is het verschil tussen de dood vaststellen en schouwen? Wat is lijkvinding en wanneer is daar sprake van? Hoe zat het ook alweer met het verschil tussen een niet-natuurlijke en een natuurlijke dood? Met wie mag je overleggen?

Zo maar wat vragen die regelmatig gesteld worden. De Wet op de Lijkbezorging uit 1991, met wat aanpassingen o.a. in 2010 en 2014 blinkt niet uit in helderheid en duidelijk omschreven begrippen. Daarnaast was er dit jaar nogal wat kritiek op de kwaliteit van de lijkschouw: “de meeste artsen kunnen geen blauwe plek van een lijkvlek onderscheiden” en “huisartsen doen meestal een drempel schouw.”¹ Uit registraties van het Centraal Bureau voor de Statistiek is gebleken dat behandelend artsen geregeld op de doodsverklaring een niet-natuurlijke doodsoorzaak invullen, terwijl zij tegelijkertijd een verklaring van overlijden afgeven².

Daarom alles nog eens op een rij, mede ingegeven door de in juni van dit jaar verschenen Richtlijn Lijkschouw voor Behandelend Artsen³ waarin ook de werkwijze en samenwerking met gemeentelijke lijkschouwers en de politie is meegenomen. Al eerder dit jaar heeft de Inspectie voor de Volksgezondheid de Handreiking-(Niet) natuurlijke dood⁴ uitgebracht. Ik zal een chronologische volgorde aanhouden vanaf de melding van overlijden door een niet-medicus⁵.

Melding van overlijden

Als er een melding van overlijden wordt gedaan door een niet-medicus, zal de eerste vraag zijn of het een te verwachten overlijden was en hoe zeker men is dat de patiënt is overleden. Valt er geen hulp meer te bieden dan moet de lijkschouw ‘zo spoedig mogelijk na het overlijden’⁶ plaatsvinden. In de praktijk is dat binnen 3 uur. Voor een overlijden in een verpleeghuis of soortgelijke zorginstelling wordt een uitzondering gemaakt als het overlijden plaatsvindt tussen 23.00-07.00, dan mag de lijkschouw plaatsvinden om 08.00, mits het gaat om een verwacht overlijden en de familie geen bezwaar heeft. Daarnaast moet duidelijk zijn welke handelingen verpleging en verzorgenden wel en niet mogen verrichten en of het stoffelijk overschot verplaatst mag worden.

Lijkvinding

Het kan voorkomen dat men thuis, in het verpleeghuis of verzorgingshuis onverwacht een overledene aantreft, in de volksmond is er dan een lijk gevonden. Wezenlijk anders is het als er een lijk in de openbare ruimte gevonden wordt of uit zee of binnenwater is aangebracht. Dan is er sprake van juridische lijkvinding. Dit is niet geregeld in de Wet op de Lijkbezorging (Wlb) maar in het Burgerlijk Wetboek⁷. De essentie is dat als de plaats, de dag en het tijdstip van overlijden niet voldoende nauwkeurig kan worden vastgesteld, er geen verklaring van natuurlijk overlijden door de behandelend arts mag worden afgegeven. Thuis en in een zorginstelling is dit meestal wel redelijk vast te stellen. Mocht dit niet zo zijn, dan is ook daar sprake van juridische lijkvinding en moet de gemeentelijk lijkschouwer worden ingeschakeld.

Voorwaarden vooraf aan de lijkschouw

Voordat je aan de lijkschouw kan beginnen gelden deze voorwaarden:

- Ben je behandelend arts/waarnemer?
- Staat de identiteit van de overledene vast?
- Is er geen bloedverwantschap tussen arts en overledene?
- Is het inschrijfadres bij de burgerlijke stand bekend?
- Is de datum van overlijden zeker?
- Is de overledene niet minderjarig?⁸

Als aan deze voorwaarden is voldaan, kan de schouw plaatsvinden. Zo niet, dan dient er minimaal overleg te zijn met de Gemeentelijke lijkschouwer.

De schouw start met het controleren van het overlijden. Normaal gesproken is dat geen probleem, al moet je extra attent zijn bij onderzoek, verdrinking of intoxicatie⁹ zodat je geen schijndood mist. Daarna begint de eigenlijke schouw en worden de volgende zaken gecontroleerd;

- Onderzoek naar medische voorgeschiedenis¹⁰
- Onderzoek naar omstandigheden waaronder de dood intrad¹¹
- Lichamelijk onderzoek, inspectie, zonodig palpatie, percussie en temperatuur¹²
- Vaststellen datum, tijdstip, doodsoorzaak en aard overlijden
- Afgeven van A en B formulier bij natuurlijk overlijden

Natuurlijk overlijden

Van natuurlijk overlijden is sprake als het overlijden het gevolg is van een natuurlijke oorzaak, een spontane ziekte, inclusief een complicatie¹³ van een lege artis¹⁴ uitgevoerde medische handeling. Als de doodsoorzaak onduidelijk is, mag tot ‘natuurlijk overlijden’ besloten worden als de aanwijzingen voor ‘niet-natuurlijk overlijden’ ontbreken (vaak bij ouderen met meerdere chronische ziekten). Ouderdom is als doodsoorzaak uit de Wet¹⁵ verdwenen, en kan niet meer als doodsoorzaak opgegeven worden. Bij ouderen met meerdere chronische kwalen, kiest men dan als oorzaak het meest waarschijnlijke falende orgaan/systeem, of multi organ failure.

A en B Formulier en patiëntendossier

Als aan alle bovenstaande voorwaarden is voldaan, worden door de behandelend arts het A en het B formulier ingevuld en de bevindingen van de lijkschouw in het patiëntendossier genoteerd.

Niet-natuurlijk overlijden

Er is sprake van niet-natuurlijk overlijden als het overlijden een direct of indirect gevolg is van:

- Ongeval, geweld of van buiten komende oorzaak
- Schuld of opzet van een ander
- Zelfmoord
- Verdrinking
- Verstikking
- Geweld (moord, doodslag, mishandeling)
- Vergiftiging (interactie medicatie)
- Overdosis, zelfdoding
- Euthanasie¹⁶
- Actieve levensbeëindiging zonder verzoek
- Abortus na 24 weken
- Door een medische of paramedische calamiteit¹⁷

In al deze gevallen schakelt de behandelend arts de gemeentelijk lijkschouwer in.

Aanwijzingen voor een niet-natuurlijke dood

Soms is het niet zo duidelijk hoe of waaraan iemand is overleden, met name als het niet een eigen patiënt betreft in een waarneemsituatie. Aanwijzingen voor een niet-natuurlijk overlijden kunnen komen vanuit de omstanders, omgeving of het stoffelijk overschot. Omdat het niet mogelijk is om alle

aanwijzingen voor een niet-natuurlijke dood uitputtend te behandelen, volgt hieronder een klein overzicht van typerende situaties¹⁸, met name omdat de kritiek dat behandelend artsen niet goed schouwen zich hier op richt.

Omstanders

- Vreemd gedrag van omstanders
- Mededelingen van omstanders die niet rijmen met omgevingsfactoren of postmortale veranderingen
- Medici, paramedici of verpleegkundigen melden dat een handeling onjuist dan wel door onbevoegden is uitgevoerd. Er is dan sprake van een calamiteit die ook aan de IGZ moet worden gemeld.

Omgeving

- Sporen van inbraak in de woning of wanordelijkheid op de plek van overlijden
- Ligging van de overledene onderaan een trap
- Sporen van drank-, drugs- of medicijngebruik
- Sporen van bloed
- Wapens of munitie bij of in de buurt van het stoffelijk overschot
- Afwijkende geur
- Aanwijzingen voor onjuist of nalatig (para)medisch handelen waarbij niet volgens het protocol is gehandeld. Er is dan sprake van een calamiteit die ook aan de IGZ moet worden gemeld.

Lichaam

- Tekenen van geweld zoals verwondingen en blauwe plekken, mogelijk pas waarneembaar na gedeeltelijke of gehele ontkleding van het lichaam, of breuken (in het bijzonder in de schedel).
- De grootte van de pupillen: zeer wijde of juist nauwe pupillen kunnen wijzen op drugsgebruik.
- De aanwezigheid van puntvormige bloedinkjes (petechiën) op de oogleden en de bindvliezen van de ogen (conjunctivae), de binnenkant van de lip, in de hals en achter de oren (kan wijzen op verwurging of verhangen) die niet verklaarbaar zijn door ziekte (hersenvliesontsteking, stollingsafwijkingen). Sporen van horizontale insnoering en letsels van samendrukkend geweld in de hals en de nek wijzen op verwurging, diagonale sporen duiden op verhangen.
- Vreemde voorwerpen in de mondholte. Grote brokken

eten, braaksel of een gebitsprothese in de keel kunnen duiden op verstikking.

- Niet-wegdrukbaar lijkvlekken aan de bovenliggende kant van het lichaam. Deze wijzen erop dat het lijk is verplaatst. Dit is verdacht, zeker wanneer omstanders verklaren dat het lijk daar altijd gelegen heeft. Voor dit onderzoek is gedeeltelijke of gehele ontkleding van het lichaam nodig.
- Een afwijkende kleur van de lijkvlekken. Dit kan wijzen op vergiftiging. Helderrode tot kersenrode lijkvlekken kunnen verband houden met vergiftiging door koolmonoxide of cyanide, zodat de arts ook moet letten op zijn eigen veiligheid. Voor nadere beoordeling van de lijkvlekken is gedeeltelijke of gehele ontkleding van het lichaam nodig.

Mocht het bovenstaande aanleiding zijn voor een niet-pluis gevoel of dat er daadwerkelijk aanwijzingen zijn voor een niet-natuurlijk overlijden, dan dient de gemeentelijk lijkschouwer ingeschakeld te worden.

Lastig zijn ook situaties waarbij iemand een heup breekt en na enkele maanden aan een longembolie of een pneumonie overlijdt. Zijn dit allemaal complicaties bij een heupfractuur? Is er voldoende causaliteit? Ook dit zijn situaties om te overleggen met de gemeentelijk lijkschouwer. Voor de volledigheid nog even alle overleg situaties met de gemeentelijk lijkschouwer op een rij⁹:

- Conform artikel 10a Wlb indien de overledene minderjarig is
- Indien de arts niet overtuigd is van een natuurlijke dood
- Indien de arts na het afgeven van een verklaring van overlijden alsnog gaat twijfelen aan een natuurlijke dood
- Bij onduidelijkheid over de aard van overlijden kan de arts met de gemeentelijk lijkschouwer overleggen en alsnog tot de slotsom komen dat er sprake is van een natuurlijke dood
- Indien er tussen de arts en de overledene of de moeder van de doodgeborene bloed- of aanverwantschap tot in de derde graad, een huwelijk of een geregistreerd partnerschap bestond of bestaat
- Wanneer de patiënt bij binnenkomst op een SEH-afdeling al is overleden en de toedracht niet meer achterhaald kan worden door het inwinnen van informatie bij de insturende arts of het ambulancepersoneel
- Wanneer er geen arts bekend of voorhanden is om de

lijkschouw te verrichten. In de praktijk gebeurt dit vaak bij lijkvinding en zeker wanneer er overduidelijk sprake is van een niet-natuurlijke dood.

Als er sprake van een niet-natuurlijke dood vult de gemeentelijk lijkschouder de formulieren in.

Samenwerking en uitwisseling van medische gegevens

Uitwisseling van medische gegevens

Vanwege het beroepsgeheim van artsen is de uitwisseling van medische gegevens in verband met het vaststellen van de aard van het overlijden en/of het invullen van de B-verklaring aan beperkingen gebonden. In diverse situaties gelden de volgende restricties:

- **Behandelend artsen onderling.** Als bij het vaststellen van de aard van het overlijden en/of bij het invullen van de B-verklaring medische gegevens van een andere behandelend arts nodig zijn, mag die informatie uitgewisseld worden indien tussen deze artsen een verwijzrelatie bestond of als beide artsen rechtstreeks bij de behandeling waren betrokken. In algemene zin geldt dat slechts relevante gegevens uitgewisseld mogen worden. Welke dat zijn, hangt af van het specifieke geval.
- **Dienstdoend arts en behandelend arts.** In algemene zin geldt dat de waarnemer en de dienstdoend arts in de rechten en plichten treden van de behandelend arts. Dit geldt ook voor het gebruik van medische gegevens met het oog op het vaststellen van de aard van het overlijden en/of het invullen van de B-verklaring. De waarnemer en/of de dienstdoend arts mag deze gegevens gebruiken en deze gegevens mogen uitgewisseld worden.
- **Arts en gemeentelijk lijkschouwer.** Wanneer de arts de gemeentelijk lijkschouwer inschakelt, verstrekt hij hem de relevante medische informatie en die gegevens die verband houden met de beslissing om geen verklaring van overlijden af te geven. Voor het verstrekken van een volledig medisch dossier bestaat doorgaans geen juridische grond, tenzij de arts kan motiveren dat hij daarvoor toestemming van de overledene heeft. Komt de gemeentelijk lijkschouwer tot de conclusie dat er sprake is van een natuurlijke dood, dan mag hij de doodsoorzaak aan de huisarts melden. Bij een niet-natuurlijke dood verstrekt hij de huisarts geen inlichtingen.
- **Arts en politie.** Het beroepsgeheim van de arts is ook van

kracht tegenover de politie. Dit geldt eveneens na het overlijden van een patiënt. Slechts in zeer uitzonderlijke situaties kan een arts het beroepsgeheim ten opzichte van de politie doorbreken. Dat kan alleen als dit de enige mogelijkheid is om ernstige schade voor een ander te voorkomen en in geval van een zwaarwegend belang van een ander.

- **Arts of gemeentelijk lijkschouwer en nabestaanden.**

Vanwege zijn geheimhoudingsplicht verstrekt de arts of de gemeentelijk lijkschouwer die de lijkschouw heeft verricht in beginsel geen medische gegevens over de overledene aan nabestaanden. Dit kan wel als de patiënt bij leven toestemming voor gegevensverstrekking heeft gegeven, als de behandelend arts die toestemming kan veronderstellen of in geval van zwaarwegende belangen van nabestaanden.

Hopelijk draagt bovenstaande informatie bij aan een betere kennis over lijkschouw en helpt het de behandelende arts “over de drempel” om daadwerkelijk de lijkschouw te verrichten en we de kritische opmerkingen kunnen weerleggen. ☺

- 1 Medisch contact 17-02-2016, Forensische geneeskunde is van groot maatschappelijk belang, maar in bar slechte staat, weten bijzonder hoogleraren Bela Kubat en Udo Reijnders.
- 2 Richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen, Utrecht juni 2016, p.7
- 3 Utrecht, juni 2016, Richtlijn Lijkschouw voor behandelend Artsen, (NHG, Verenso, de Nederlandse Internisten Vereniging, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, het Forensisch Medisch Genootschap en de KNMG)
- 4 Handreiking-niet natuurlijke dood, IGZ, januari 2016
- 5 Vandaag de dag mag iedereen de dood constateren!
- 6 Wet op de lijkbezorging, Wlb art. 3
- 7 Art 19f, lid 2, BW 1, Indien een lijk is gevonden en de plaats of de dag van overlijden niet met voldoende nauwkeurigheid kan worden vastgesteld, wordt de akte van overlijden opgemaakt door de ambtenaar van de burgerlijke stand van de gemeente waarin het lijk is gevonden of aan land gebracht.
- 8 Per 1 januari 2014 is de NODO (Nader Onderzoek Naar de Doodsoorzaak bij minderjarigen) procedure gestopt, maar moet er nog wel overleg plaats vinden met de gemeentelijk lijkschouwer
- 9 Alcohol, koolmonoxide, (slaap)medicatie, hypoglycaemie
- 10 Zie Richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen, pag. 11
- 11 Zie Richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen, pag 11
- 12 Zie richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen, pag 12
- 13 Een complicatie is: “een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het (niet) handelen van een hulpverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is, dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat er sprake is van (onherstelbare) schade”
- 14 Lege artis handelen: Het handelen was juist, was geïndiceerd, was gedoseerd, was technisch juist uitgevoerd
- 15 Heeft nooit in de wet gestaan, maar in de onderliggende literatuur en definities
- 16 Voor Euthanasie is er een speciale procedure: Richtlijn uitvoering euthanasie en hulp bij zelfdoding
- 17 Een calamiteit is: “een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid”.
- 18 Ook te vinden in de Richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen, p. 14
- 19 Uit de richtlijn
- 20 Uit de richtlijn

Gezondheidsrechtelijke kwesties

De beste preventie tegen disfunctioneren is focus op goed functioneren!

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST

Heeft u de laatste tijd nog een goede tip van een collega gehad? Feedback? Een compliment? Per 1 januari 2016 is een individuele evaluatie van het persoonlijk functioneren onderdeel van de herregistratie geworden. In 'Op één Lijn 45' is al eens een stukje verschenen over vermeend disfunctioneren en hoe ermee om te gaan.

Disfunctioneren blijft een ongrijpbaar fenomeen. Er is nauwelijks onderzoek naar gedaan; de cijfers zijn schattingen en komen allemaal rond de 3-5 % uit. Voorafgaande aan disfunctioneren zijn er vaak momenten of perioden van suboptimaal functioneren. Blijft dit bestaan, dan neemt de kans op disfunctioneren toe met het risico van schade voor de patiënt.

Hoe kunnen we voorkomen dat suboptimaal functioneren uiteindelijk disfunctioneren wordt?

Definities van disfunctioneren

Wanneer is er nu sprake van disfunctioneren?

De definitie die de KNMG hanteert:

Een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts/medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.

De IGZ² hanteert een iets andere definitie:

Disfunctioneren is een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening, waardoor patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en waarbij de beroepsbeoefenaar niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen.

IGZ heeft de definitie van de KNMG dus wat aangescherpt. Het woordje *veelal* sluit incidenteel disfunctioneren niet uit³. Er wordt gekeken naar alle beroepscompetenties⁴. Ook kijkt de IGZ niet alleen naar artsen en specialisten, maar naar alle beroepsbeoefenaren.

Normen en waarden

Om goed te functioneren zijn wettelijke normen vastgelegd

zoals in de WGBO, de Zorgverzekeringswet, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg en de Wet BIG. Daarnaast zijn er normen op grond van de wet die door organisaties van beroepsbeoefenaren uitgewerkt zijn in diverse regels en besluiten zoals; registratie in specialistenregisters, herregistratie regels (CGS en RGS), kaderbesluiten CCMS, CHVG of CSG, beleidsregels RGS. Zoals al gezegd, nieuw per 1 januari 2016 is de evaluatie van het individueel functioneren, als registratie eis. Naast deze, op de wet gebaseerde normen, zijn er ook nog onze professionele normen zoals de KNMG richtlijnen, KNMG gedragsregels voor artsen, CANMEDS 2015 en diverse kwaliteitsdocumenten, kwaliteitsnormen, beroepscode enzovoorts.

Vergeet ook niet dat we, naast deze normen en waarden, natuurlijk ook nog onze eigen meetlatjes hebben waarmee we de ander de maat nemen.

Maar wat zijn wetten en regels waard als onze eigen waarden zwak zijn? Of in de woorden van Donald Berwick⁵: "When values are weak, rules are not sufficient, when values are strong, rules are not necessary"

De drie pijlers voor 'professional performance'⁶

De beste preventie voor disfunctioneren is aandacht voor goed functioneren. Wat is dan goed functioneren? Hoogleraar Professional Performance Kiki Lombarts (AMC), heeft het over de drie pijlers van professioneel functioneren⁷:

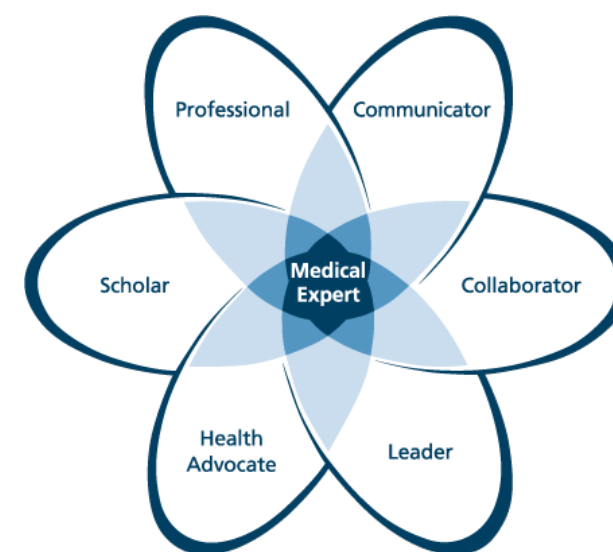
- Het continu streven naar excellentie: door intrinsiek gemotiveerd en bescheiden te zijn, verbeteringsgericht en toegewijd aan kennis
- Handelen vanuit medemenselijkheid: behandel zoals je zelf behandeld wil worden
- Rekenschap geven: je houden aan professionele standaarden/ gedragscodes en bereid zijn zich hier op te laten toetsen (voer uit of leg uit)

Professional performance; risico's⁸

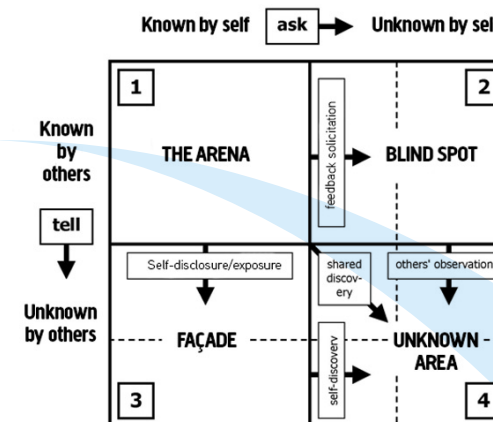
Individuele factoren	• Fysieke en mentale gezondheid • Persoonlijkheid en gedrag • Persoonlijke keuzen • Kennis en houding
Werkomgeving	• Organisatie/RvB • Maatschap/vakgroep • Werkdruk/last/sfeer
Opleiding en professionele ontwikkeling	• Onderwijs en opleiding • Aandacht voor professional performance (CANMEDS)
Suboptimaal functioneren uit zich in	• Incidenten • Calamiteiten • Schade aan de patiënt • Klachten • Claims • Tuchtrect
Kenmerken van disfunctioneren	• Structureel (bij herhaling) • Schade of potentieel schade aan de patiënt • Niet corrigeerbaar
Voortbestaan disfunctioneren door	• Cultuur • Structuur • Gebrek aan professionele normen en adequate juridische context • Individuele verantwoordelijkheid • Gebrek aan leiderschap

Professionele competenties

De professionele competenties vinden we terug in de CANMEDS 2015



De competenties waarbij suboptimaal functioneren als eerste zichtbaar worden zijn vooral de Professional ('er worden fouten gemaakt'), de Communicator ('bejegening van de patiënt en collega's') en de Collaborator ('het wordt zichtbaar in de samenwerking'). Wat zichtbaar is voor de een, hoeft niet altijd direct duidelijk te zijn voor de ander. Vanuit het Johari raamwerk is het als professional mogelijk om feedback te geven en te vragen, jezelf te laten zien of om, al dan niet gezamenlijk, blokje 4 te verkennen.



Preventie van disfunctioneren? Focus op goed functioneren!

Disfunctioneren wordt het beste tegengegaan door te focussen op goed functioneren. Dit kan op aantal momenten.

Preventie aan de poort	• Eisen bij werving en selectie
Tijdens de rit (preventie en bijsturing)	• Functionerings- en beoordelingsgesprekken, IFMS, VIM • Onderhoudsgesprekken in samenwerkingsverbanden (maatschap, team, hagro, vakgroep, Intercollegiale toetsing) • Herregistratie eisen, kwaliteitsvisaties, accreditaties
Reactief na melding (toetsend en eventueel corrigerend)	• Feedback of klachten van patiënten • Aansprakelijkheidsstelling (civiel-, straf- en tucht-rechterlijk) • Meldingen van vermeend disfunctioneren • Meldingen of signalen aan IGZ

Advies

Reactief reageren moet het ultimatum remedium zijn. Laten we aandacht voor elkaar hebben en voor elkaar zorgen omdat we allemaal wel eens suboptimaal functioneren. Je kan het beter van jouw collega horen dan van de tuchtrechter of de inspectie. Dus geef eens een compliment of een tip en ga eens met elkaar "hokje 4" verkennen en verkleinen. ☺

¹ Voorjaar 2013

² IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg, heeft definitie in 2013 herzien

³ Denk aan seksueel grensoverschrijdend gedrag

⁴ CANMEDS zie verder

⁵ Donald Berwick, Amerikaans pediater en oprichter van het Institute of Healthcare Improvement

⁶ MJMH Lombarts, Professional performance van artsen: tussen tijd en technologie, Rotterdam: 2010

⁷ Zie 5

⁸ C. Wagner, K. Lombarts, P. Mistiaen en M. de Bruijne; De problematiek van disfunctionerende artsen: zelfreinigend vermogen moet beter

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Nieuwe wet, nieuwe kansen?

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST

Wat betekent de nieuwe Wet kwaliteit, Klachten en Geschillen Zorg voor uw praktijk?

Per 1 januari 2016 is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) ingevoerd. Daarmee zijn de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Kwzi) en de Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgsector (Wkcz) komen te vervallen. Wat gaat dat voor u betekenen? Wat moet u doen om weer in de pas te lopen met deze wet? Minder administratieve lasten in het kader van “het roer moet om”?

Voor praktiserende artsen zijn vooral hoofdstuk 2 (Goede zorg) en hoofdstuk 3 (Effectieve en laagdrempelige klachten en geschillenbehandeling) van belang en van directe invloed op de praktijkvoering. Hoofdstuk 1 van de Wkkgz gaat over de begripsbepalingen en de reikwijdte van de wet, waarbij opvalt dat ook solistisch werkende zorgverleners en aanbieders van andere zorg zoals cosmetische zorg en alternatieve zorg, er ook onder vallen.

Goede zorg

De nieuwe wet beoogt de kwaliteit van de zorg aan te scherpen en slechte en ondoelmatige zorg te weren. Daartoe is een aantal regels in de wet opgenomen;

- Bij het in dienst nemen van een zorgverlener dient gecontroleerd te worden hoe deze in het verleden heeft gewerkt
- De zorgaanbieder mag alleen zorg laten verlenen door zorgverleners en opdrachtnemers met wie een schriftelijke overeenkomst is gesloten¹
- Voor alternatieve zorgaanbieders geldt de verplichting zorg te bieden die niet leidt tot schade of een aanmerkelijke kans op schade voor de gezondheid van de cliënt
- Bij bepaalde zorgverleners kan een Verklaring omtrent gedrag (VOG) nodig zijn. Dit is het geval bij instellingen en solisten die Wlz-zorg² verlenen en zorgaanbieders die GGZ verlenen met nachtverblijf

- Werkgevers in de zorg moeten verplicht een melding doen bij de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) als een arbeidsrelatie wordt beëindigd wegens ernstige functioneringsproblemen en bij geweld in de zorgrelatie³

Kwaliteitseisen

Er wordt van artsen verwacht dat ze gegevens verzamelen voor kwaliteitsdoeleinden. Er moet een systeem zijn voor veilig incidenten melden⁴ (VIM), waarbij nu meer dan in het verleden een wettelijke basis bestaat voor bescherming van de melder. Melden mag ook zonder toestemming van de patiënt⁵.

Informatieplicht

Er komt een uitbreiding van de informatieplicht voor artsen en andere zorgaanbieders. De patiënt dient geïnformeerd te worden over⁶:

- De tarieven, kwaliteit en wachttijden van de zorg
- De ervaringen van andere patiënten
- Het al dan niet *evidence based* zijn van de zorg
- Incidenten waarbij de patiënt een risico loopt of gelopen heeft⁷
- De Inspectie dient geïnformeerd te worden over calamiteiten en, anders dan onder de Kwzi, geldt dit niet alleen voor instellingen maar ook voor solistisch werkende hulpverleners (daar hoort ook bij het op voorgeschreven wijze rapporteren over het gedane onderzoek naar deze calamiteit)

Effectieve en laagdrempelige klachten en geschillenbehandeling

In het kader van verbeteren van zorg en wegnemen van onvrede bij patiënten, acht de wetgever een laagdrempelige klachten en geschillenregeling nodig. Het is niet langer voldoende om, conform de oude Wet Klachtrecht, een klachtenregeling te hebben en aangesloten te zijn bij een klachtencommissie met een onafhankelijke voorzitter⁸. De aanscherping van de klachtenregeling onder de Wkkgz

³ Hieronder viel al seksueel misbruik

⁴ Met een overgangsregeling van een half jaar

⁵ Het is nog steeds mogelijk dat onder omstandigheden de officier van justitie beslag kan leggen op de VIM gegevens, dus 100% veiligheid is er nog steeds niet

⁶ Het zogenaamde recht op keuze-informatie

⁷ Deze plicht is sterker dan onder de WGBO, deze informatie moet ‘onverwijld’ worden gegeven, in het dossier worden opgetekend, onder vermeldingen van de betrokken personen

⁸ Met een overgangsregeling van 1 jaar

betreft de volgende eisen:

- Een schriftelijke regeling voor laagdrempelige opvang en afhandeling van klachten
 - De zorgaanbieder stelt deze regeling vast in overeenstemming met een representatief te achten organisatie van cliënten
 - De zorgaanbieder brengt de klachten- en geschillenregeling onder de aandacht van cliënten
 - In de ketenzorg is een afgestemde behandeling van klachten verplicht
 - De zorgaanbieder is verplicht om een klachtenfunctionaris te hebben
 - De zorgaanbieder beslist binnen zes weken over een klacht⁹
 - De zorgaanbieder is aangesloten bij een erkende geschilleninstantie¹⁰ die representatief is ingesteld
- Wat nodig was onder de Wkcz en niet meer nodig is onder de Wkkgz:
- De zorgaanbieder hoeft geen klachtencommissie meer te hebben
 - De zorgaanbieder hoeft geen openbaar verslag van de klachtencommissie naar de IGZ te sturen

Aan de slag?

Heeft u al een VIM regeling?

Voor die praktijken die nog geen VIM regeling hebben, is werk aan de winkel. Er is een overgangperiode van een half jaar en per 1 juli 2016 moet de regeling werkzaam zijn en dient gerapporteerd te worden. Iedere praktijk dient alle VIM meldingen te registreren in een VIM systeem. Een incident is een niet beoogde gebeurtenis in de zorg met schadelijke gevolgen voor de patiënt. In het dossier moet informatie komen over de aard, toedracht en tijdstip van het incident en wie er bij betrokken waren. Bij overlijden¹¹ is er een informatieplicht naar vertegenwoordigers en nabestaanden. Deze signalen over incidenten vastgelegd in een VIM systeem, moeten verdere analyse naar oorzaken van een bijna incident makkelijker en mogelijk maken. Deze gegevens zijn niet openbaar en mogen in procedures niet gebruikt worden¹².

Hoe zit het met uw keuze- informatie, is dat al inzichtelijk conform de nieuwe regeling? En dan de laagdrempelige klachten en geschillenregeling die per 1-1-2017 klaar moet zijn. Is er al een klachtenfunctionaris in de praktijk en is de regeling afgestemd met patiëntenorganisatie? Aansluiting bij een erkende geschilleninstantie is nog lastig omdat die er nog niet zijn. Wel is duidelijk dat deze erkende geschilleninstanties naast de behandeling van, de op praktijk niveau, niet opgeloste klachten, zich ook mag buigen over een schadevergoeding tot 25.000 euro! Deze onafhankelijke wettelijk erkende geschilleninstantie doet een bindende uitspraak binnen zes maanden.

⁹ Een eenmalige verlenging van 4 weken max. is mogelijk

¹⁰ De geschilleninstantie moet voldoen aan diverse eisen conform de Uitvoeringsregeling Wkkgz

¹¹ En bij een calamiteit ook bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg

¹² Alleen in uitzonderlijke gevallen mag het Openbaar Ministerie gegevens opvragen, zie ook noot 5

Knelpunten rond de nieuwe Wkkgz

Behoudens de toename van de administratieve lasten voor de zorgverlener, is nog een aantal zaken niet geheel helder. Terecht heeft de KNMG een position paper¹³ doen uitkomen en heeft prof. mr. dr. Hendriks een artikel in het NtVG geschreven over deze nieuwe wet met vergaande gevolgen voor artsen¹⁴ waarin knelpunten en zorgen zijn neergelegd. Er zal nog een aantal zaken nader uitgewerkt moeten worden. Daarnaast is in de Wkkgz vastgelegd dat er na vijf jaar een evaluatie van deze wet zal plaatsvinden.

De hoofdbezwaren van de KNMG tegen de Wkkgz waren:

- De regeling ‘veilig melden’ biedt te weinig bescherming van melders tegen strafrechtelijke vervolging. Dat ondermijnt de meldingsplicht en verhindert het leren van fouten
- De Wkkgz ontbeert waarborgen voor de positie van zorgverleners, die door een zorgaanbieder zijn gemeld omdat zij zijn ontslagen wegens ernstig verminderd tekortschieten in diens functioneren
- Het ontbreken van minimale waarborgen voor de rechtspositie van artsen en andere zorgverleners in de klachtfase ondermijnt openheid
- Met het afschaffen van de wettelijke verplichte klachtencommissie verliezen ook patiënten hun wettelijk recht op een laagdrempelige, onafhankelijke en deskundige beoordeling van hun klacht dicht bij de zorgaanbieder
- De vermenging van klachten en schadeclaims bij de geschilleninstantie bevordert de claimcultuur en ondermijnt de kwaliteitsfunctie van het klachtenrecht

Deze punten hebben echter niet kunnen verhinderen dat deze wet toch is aangenomen. Bij de vijfjaarlijkse evaluatie zullen deze punten ongetwijfeld terugkomen. Deze nieuwe wet, die de kwaliteit en veiligheidsregels aanscherpt en daarnaast een andere vorm van klacht- en geschillenbehandeling regelt, heeft flinke consequenties voor eerstelijnszorgverleners met een nog deels onduidelijke rechtspositie wegens het nog ontbreken van rechtswaarborgen voor aangeklaagden. Ook is er in eerste instantie weer een administratieve lastenverzwaring. Onduidelijk is wat dit gaat betekenen voor uw aansprakelijkheidsverzekering en uw rechtsbijstandverzekering. Het komende jaar zal wat dat betreft wel meer duidelijkheid komen. U kunt alvast aan de slag om uw praktijk weer aan te passen aan de eisen van de tijd. ☺

¹³ Position Paper KNMG ten behoeve van plenaire behandeling wetsvoorstel Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg 17 september 2015

¹⁴ NtVG 2015; 159; Ag799, 22-12-15 En toen was er de Wkkgz

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Verantwoordelijkheid huisarts bij rijvaardigheidsproblematiek

DOOR MR. ARIE DE JONG, HUISARTS IN GOIRLE EN JURIST

Bij het voorschrijven van een medicament geeft de medicatiebewakingsmodule in uw HIS aan: “kan de rijvaardigheid beïnvloeden”. U stelt zelf bij een patiënt de diagnose dementie of krijgt die diagnose per brief van een geriater. Wat doet u dan? Hoe zit dat na een TIA? Of na een epileptisch insult? Wat als u een alcohol- of drugsafhankelijkheid bij uw patiënt constateert? Mogen deze patiënten nog autorijden? Maakt het nog uit of hij of zij beroepschauffeur is op een bus of taxi?

Het zijn allemaal vragen die zich regelmatig op uw spreekuur voordoen. In hoeverre is de huisarts verantwoordelijk voor de rijgeschiktheid van een patiënt bij medicatiegebruik, ziekte of andere afwijkingen? Waar ligt onze taak?

Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR)

Omdat de eisen aan rijgeschiktheid ingewikkeld en continu aan aanpassing onderhevig zijn, is het lastig voor de huisarts om continu van de actualiteit op de hoogte te zijn. De eisen zijn door de Minister van Verkeer en Waterstaat neergelegd in de “Regeling Eisen en Geschiktheid 2000”¹. Het CBR kan ook telefonisch benaderd worden om anoniem een casus voor te leggen.

Hulpvraag patiënt

Als de patiënt zelf een hulpvraag heeft, is het natuurlijk een stuk makkelijker. Het is uw taak om de patiënt zo goed mogelijk te informeren als er risico's verbonden zijn aan een behandeling, waaronder de bijwerkingen van een medicament. Ook bij diagnostisch onderzoek dient de patiënt op de hoogte te zijn van de consequenties en mogelijke uitkomsten van de onderzoek. Het gevolg van dementieonderzoek kan zijn dat iemand wellicht niet meer mag autorijden. Dit is overigens geen vaststaand feit, het is goed mogelijk dat iemand na een rijtest² bij het CBR toch nog mag autorijden³.

De patiënt heeft geen hulpvraag

Lastiger wordt het als de patiënt geen hulpvraag heeft, maar er wel uit het contact met de patiënt bij u twijfels rijzen over diens rijgeschiktheid. Dit kan zijn op basis van verminderd cognitief functioneren of na een recente TIA of epileptisch insult. Negeren we deze signalen? Mag je dan het CBR bellen, of de politie?

Verantwoordelijkheden arts bij rijvaardigheidsproblematiek

Als eerste dient de arts, zoals hierboven al gesteld, de patiënt te wijzen op de mogelijke schadelijke gevolgen van een behandeling of diagnostiek⁴ en te adviseren geen auto te rijden gedurende deze behandeling of een bepaalde tijd na de diagnostiek.

Vaak weet de huisarts ook niet precies hoe de eisen liggen, het advies is dan om de patiënt een eigen verklaring te laten opsturen naar het CBR. Eventueel aangevuld met een onderzoeksrapport van een medisch specialist (neuroloog, geriater of psychiater).

Wijs de patiënt ook op de verzekeringstechnische aspecten en strafrechtelijke consequenties. Ziet de patiënt de gevaren niet en weigert hij de auto te laten staan, dan kan de arts als ultiem redmiddel terugvallen op zijn conflict van plichten.

Conflict van plichten situatie bij rijvaardigheidsproblematiek

Bij een ‘conflict van plichten’-situatie gaat het erom, dat de cumulatieve eisen zorgvuldig worden nagegaan voor de betreffende situatie alvorens men het beroepsgeheim mag doorbreken en bijvoorbeeld de politie of het CBR in te schakelen. Nog even de eisen van een conflict van plichten situatie op een rij⁵.

Conflict van plichten, toetsingscriteria van Leenen

1. Alles in het werk stellen om de patiënt te overtuigen niet auto te rijden, of toestemming krijgen dit te melden bij het CBR
2. De arts is in gewetensnood door zijn beroepsgeheim te handhaven
3. De arts ziet geen andere weg dan doorbreking van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen
4. Het niet doorbreken van het beroepsgeheim kan voor een ander (verdere) ernstige schade opleveren.
5. Het doorbreken van het beroepsgeheim kan (verdere) ernstige schade aan een ander voorkomen.
6. Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.
7. (Uit de jurisprudentie blijkt dat overleg met een collega, die niet direct betrokken is, eigenlijk ook als een toegevoegd criterium gezien wordt).

Deze stappen lijken duidelijk, bij stap 3 zijn er evenwel in bepaalde situaties andere mogelijkheden om het probleem op te lossen. Bijvoorbeeld bij dementie geeft de stichting Alzheimer tips om het autorijden voor dementerend te voorkomen⁶, deze mogelijkheden dienen onderzocht te worden.

Tips wanneer iemand niet wil stoppen met rijden:

- Maak de auto onklaar. U kunt bijvoorbeeld bij de garage een startonderbreker laten installeren die moet worden gedeactiveerd om de auto te starten.
- Bied uw diensten als chauffeur aan, of stel met de familie een rijschema op.
- Vraag de persoon met dementie of hij u wil leren goed te handelen in een bepaalde verkeerssituatie. (‘Je voegt zo handig in op de snelweg; wil je dat mij ook leren?’)

- Ruil de auto in voor een ander merk of model. Als de persoon met dementie de auto niet kent, is de kans groter dat hij een ander laat rijden.
- Parkeer de auto om de hoek en leg de autosleutels weg. De persoon met dementie wordt er dan minder aan herinnerd dat hij auto wil rijden.

Conclusie

Bij lichamelijke veranderingen die de rijvaardigheid kunnen beïnvloeden, is het vooral de taak van de patiënt om dit via een Eigen Verklaring bij het CBR te melden.

De verantwoordelijkheid van de arts bestaat eruit dat hij de patiënt hier op wijst als de behandeling en of de diagnostiek dat vraagt.

Bij cognitieve problematiek is het ook aan de arts om betrokkene te wijzen op de verzekeringstechnische aspecten en de mogelijk strafrechtelijke aansprakelijkheid, in het uiterste geval via een conflict van plichten situatie, waarbij dan wel eerst alternatieve oplossingen in beschouwing moeten worden genomen.

Als de patiënt beroepschauffeur is, worden er zwaardere eisen aan de rijvaardigheid gesteld. Bij niet reageren op signalen die van invloed zijn op de rijvaardigheid of het melden van de risico's die aan een bepaald medicament of behandeling verbonden zijn, loopt u in het uiterste geval, zelf het risico aansprakelijk te worden gesteld voor de gevolgen.

Werk en rij voorzichtig. 

¹ Te vinden op de website van het CBR, www.cbr.nl, zoeken in rechtermenu onder: Info voor-> artsen www.cbr.nl/voorartsen.pp. Er is ook een “Regeling coderingen beperkingen rijbevoegdheid” om via een codering de reden van de rijbeperking te vinden, www.cbr.nl/11273.pp

² Rijtest: Mensen met een score van 0,5 of 1 op de Clinical Dementia Rating (CDR) worden op basis van de Eigen Verklaring uitgenodigd voor een rijtest. Tijdens de rijtest kan de deskundige van het CBR in de praktijk zien in welke mate de dementie het rijgedrag beïnvloedt.

³ Zie rapport: Rijgeschiktheid van personen met dementie. Een advies tot herziening van de regelgeving 2008.

⁴ Bijwerking medicatie, oogonderzoek met mydriatica, maar ook consequenties van diagnosen zoals dementie, TIA, CVA en epilepsie.

⁵ Zie ook Op een Lijn nummer 51.

⁶ www.alzheimer-nederland.nl. Tips als iemand niet wil stoppen met autorijden.

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Ons beroepsgeheim in het doolhof van het sociale domein

Wie heeft nog nooit het verzoek gehad om informatie te verstrekken aan een sociaal wijk team, home team of netwerk (jeugd) hulpverlening? Vaak betreft dit veelplegers, multiprobleemgezinnen, huiselijk geweld of bemoeizorg, maar sinds 1 januari 2015 kan het ook een verzoek zijn van het gemeentelijke intake team bij toegang tot de jeugdzorg. Hoe zat het ook alweer met ons beroepsgeheim?

Van de actualiteitenrubrieken op TV worden we niet veel wijzer. Mag je als geheimhouder, in de casus van Els Borst, wel informatie aan Peter R. de Vries geven, maar niet aan de politie? Vaak wordt vanuit de genoemde teams ook nog beweerd dat informatie verstrekken mag, omdat we met zijn allen in het team zitten en dus een behandel eenheid vormen. Een ander gebruikt argument is, dat het achteraf informeren van de patiënt ook goed is. De nieuwste trend is dat het beroepsgeheim ondergeschikt is, wanneer er sprake is van bescherming van de menselijke waardigheid, vastgelegd in internationale verdragen. De nationale wetgeving is ondergeschikt aan internationale verdragen.

Tijd om het beroepsgeheim in relatie tot wijkteams, in samenwerking met Gemeenten en andere samenwerkingsverbanden onder de loop te nemen.

Beroepsgeheim

Artsen en andere BIG-geregistreerden zijn geheimhouders op grond van de wet. Dit beroepsgeheim bestaat uit zwijgplicht en het verschoningsrecht. De zwijgplicht garandeert een geheimhouding van alles wat in de behandelrelatie ter kennis komt van de arts. Het verschoningsrecht garandeert dat ook ten opzichte van de rechter de zwijgplicht wordt gehandhaafd. Dit waarborgt het beginsel van de persoonlijke autonomie, het recht op zelfbeschikking en de vrije toegang tot medische hulp. Alle drie zijn nodig als waarborg voor de menselijke waardigheid, in een bredere uitleg dan de hierboven genoemde menselijke waardigheid. Tegenover het zelfbeschikkingsrecht staat het beschermingsbeginsel, waar alleen in uitzonderlijke gevallen gebruik van gemaakt mag worden om de patiënt tegen zichzelf te beschermen. Er zal altijd een belangenafweging moeten worden gemaakt tussen deze beginselen.

Doorbreking beroepsgeheim

Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. Met uitdrukkelijke toestemming mag de geheimhouder

doorbreken, maar hij hoeft dat niet altijd te doen. Op grond van een wettelijke verplichting moet de geheimhouder informatie verstrekken¹ en in een conflict van plichtensituatie mag de geheimhouder zijn of haar beroepsgeheim doorbreken mits aan alle voorwaarden is voldaan². Door recente nieuwe wetten³ is er veel veranderd en dus kunt u om informatie worden gevraagd over uw patiënten door samenwerkingsverbanden, sociale wijkteams, veiligheidshuizen maar ook in de ketenzorg. Vaak zijn dit geen BIG-geregistreerde zorgprofessionals, maar andere deelnemers van deze sociale teams. Het is soms lastig laveren met het beroepsgeheim, maar de BIG-geregistreerde loopt wel als enige het risico dat hij of zij zich voor de tucht-, straf- of civiele rechter moet verantwoorden. Daarom hieronder alles nog eens op een rij⁴.

Doorbreking met toestemming

Met toestemming van de patiënt mag de geheimhoudingsplicht worden doorbroken. Voorwaarden:

- de toestemming moet vrij⁵, geïnformeerd en doelgericht⁶ worden verleend
- duidelijk moet zijn aan wie de informatie mag worden verleend
- er mag niet meer informatie worden verstrekt dan strikt noodzakelijk om het doel te bereiken

Ook met toestemming is de geheimhouder niet verplicht om informatie te verstrekken als:

- de verstrekking niet in het belang van de patiënt is
- in strijd is met goed hulpverlenerschap
- het algemeen maatschappelijk belang, dat burgers zich vrij tot een arts moeten kunnen wenden, in het geding is⁷

¹ Denk aan de Wet op de lijkbezorging, de Wet publieke gezondheid

² Denk aan de 6 cumulatieve criteria van Leenen (zie Op één lijn 41, 2011)

³ Wet maatschappelijke ondersteuning 2015, Jeugdwet

⁴ Zie ook 'Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden, een wegwijzer voor zorgprofessionals', december 2014

⁵ Vrij wil zeggen dat de patiënt zo nodig de tijd krijgt om te beslissen

⁶ Met welk doel wordt de informatie gevraagd en een gerichte vraagstelling

⁷ Hoge Raad 26 mei 2009 (LUMC)

Als er dan informatie wordt verstrekt, dient deze ook nog aan voorwaarden te voldoen:

- de informatie moet feitelijk, juist en betrouwbaar zijn
- geen conclusies of waardeoordelen te bevatten
- geen informatie te bevatten die buiten het medisch terrein van de arts liggen of buiten zijn/haar competentie valt
- niet meer informatie te bevatten dan voor het doel noodzakelijk
- let op bij het bijsluiten van specialistenbrieven, dat daar niet meer informatie instaat dan waarvoor toestemming is. Tevens opletten dat er geen informatie in staat over andere personen dan de patiënt (familie anamnese, ziekte van familieleden)

Doorbreking als wettelijk verplichting

Als de wet het verplicht dan moet de zorgprofessional informatie aan derden verstrekken. Voorbeelden zijn:

- De Wet op de lijkbezorging (invullen van de overlijdenspapieren)
- De Wet publieke gezondheid (aangifte van besmettelijke ziekten)
- De Zorgverzekeringswet (de zorgverzekeraar heeft het recht te controleren of de gedeclareerde zorg ook de geleverde zorg is)
- De Wet BOPZ (melding dwangbehandelingen)

Informatie op grond van bovengenoemde wetten moet ook, als er geen toestemming is van de patiënt.

Een vreemde eend in de bijt is de Wet maatschappelijk ondersteuning 2015, ingegaan op 1 januari 2015. Hierbij wordt de zorgverlener verplicht om informatie aan de gemeente te verstrekken *mits* de patiënt daarvoor zijn ondubbelzinnige en vrij gegeven toestemming heeft verleend! Dus een geval van wettelijke plicht mits toestemming⁸ (hier zal het laatste woord nog niet over gezegd zijn).

In het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) mogen we ook wat van de gemeente verlangen. Het verdient aanbeveling om na te gaan of de gemeente aan haar verplichtingen heeft voldaan. We mogen, in het kader van de Wmo verwachten dat:

- er waarborgen zijn omtrent privacy, met name beveiliging en geheimhouding van medische gegevens
- dat bekend is wie er verantwoordelijk is voor deze gegevens en wie inzage heeft
- de doelbinding wordt nagekomen (de informatie niet voor een ander doel gebruikt wordt dan waarvoor het gevraagd is)
- dat de subsidiariteit en de proportionaliteit wordt nagekomen (kan het anders, kan het minder)
- bewaartermijnen worden aangehouden
- de registratie van de gegevens is gemeld aan het CPB
- de bezwaar en beroepsprocedures geregeld zijn voor de burger met betrekking tot zijn medische gegevens

⁸ Wmo 2015, artikel 5.2.5

- dat de informatie plicht aan en het inzage recht van de patiënt geregeld is.

Dit alles zou moeten volgens de stappen in de Privacy Scan VISD⁹ voor gemeenten. Tot dat dit allemaal duidelijk is, mag je als arts terughoudend zijn met het verstrekken van medische gegevens aan niet BIG geregistreerden, zeker in het begin, omdat lang niet alle gemeenten hun zaken op orde hebben.

Conflict van plichtensituatie

Als er geen toestemming is verkregen of verkregen kan worden maar de arts ernstige schade aan de patiënt of een ander kan voorkomen door informatie aan een derde te verstrekken, dan mag die informatie worden verstrekt met een beroep op een conflict van plichten, als aan alle onderstaande voorwaarden (cumulatief) is voldaan:

Conflict van plichten, toetsingscriteria van Leenen¹⁰

1. Het is niet mogelijk om toestemming te vragen dan wel te krijgen. Alles is in het werk gesteld om dit wel te doen.
2. De arts is in gewetensnood door handhaving van zijn beroepsgeheim.
3. Het niet doorbreken van het beroepsgeheim kan voor een ander (verdere) ernstige schade opleveren.
4. Het doorbreken van het beroepsgeheim kan (verdere) ernstige schade aan een ander voorkomen.
5. Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.
6. De arts ziet geen andere weg dan doorbreking van het beroepsgeheim om het probleem op te lossen.
7. Uit de jurisprudentie blijkt dat overleg met een collega, die niet direct betrokken is, eigenlijk ook als een toegevoegd criterium gezien wordt.

Noteer bij een conflict van plichten ook de gemaakte afwegingen in het dossier! Bij huiselijk geweld en kindermishandeling bestaat er bij een vermoeden al een meldrecht op basis van het stappen plan uit de meldcode.¹¹

Tot slot

Het beroepsgeheim en het verschoningsrecht hebben een belangrijke maatschappelijke functie in het waarborgen van de vrije toegang voor iedereen tot de gezondheidszorg. Onder de veiligheid van het beroepsgeheim kunnen vele moeilijke en vervelende zaken besproken worden en vaak tot een betere oplossing worden gebracht. Praat liever *met* uw patiënt dan *over* uw patiënt en beslis samen wat de beste oplossing is, waarbij het soms van belang kan zijn het beroepsgeheim te doorbreken, indien mogelijk met toestemming. Noteer uw overwegingen en afwegingen in het dossier en gebruik het bovenstaande als richtlijn in het doolhof van het sociale domein. ☺

⁹ VISD, Verkenning Informatievoorziening in het Sociale Domein

¹⁰ H.J.J. Leenen, zie Handboek Gezondheidsrecht

¹¹ 'Op één lijn', nr. 49, 3^e uitgave 2014

Gezag

Wie heeft er nog gezag in de spreekkamer?

De oppas-oma komt met haar kleinkind van 9 jaar naar het spreekuur. De onderwijzer van school loopt langs bij de praktijk met een kind van 7 dat een flinke snijwond heeft na een valpartij op het speelplein. Hebt u ook samengestelde gezinnen in de praktijk?

Hoe zat het ook al weer met toestemming geven voor behandeling bij minderjarige? Wie moet er toestemming geven voor behandeling? Is voogdij hetzelfde als gezag? Verandert er iets bij scheiding? Hoe zit het bij adoptie of bij ouderschap van twee mannen of lesbisch ouderschap? Als u niet meteen de antwoorden weet, wordt het tijd voor een update, mede gezien een aantal wetswijzigingen binnen het familierecht dat uiteindelijk ook in onze spreekkamer terecht komt.

Hoe krijg je gezag over kinderen?

Minderjarige kinderen staan onder gezag van een of meer volwassen, als dit de juridische ouders zijn, spreekt men van ouderlijk gezag, als het anderen zijn dan de juridische ouders spreekt men van voogdij.

Wordt een kind geboren binnen een huwelijk of geregistreerd partnerschap, dan krijgen beide ouders het gezag. Sinds 1 januari 2002 geldt dat als een kind wordt geboren binnen een huwelijk of geregistreerd partnerschap van twee vrouwen, dat die twee vrouwen van rechtswege gezamenlijk gezag over het kind hebben, tenzij er nog een andere juridische ouder in het spel is, bijvoorbeeld een donor die het kind heeft erkend.

Als er geen huwelijk of geregistreerd partnerschap is, krijgt alleen de biologische moeder het gezag. De biologische vader kan het kind erkennen. Na de geboorte moet hij dan alsnog het gezag aanvragen over het kind (dit wordt nog wel eens vergeten!).

Per 1 april 2014 is de wet lesbisch ouderschap in werking getreden

Tot 1 april 2014 konden de biologische moeder en de meemoeder na de geboorte met hulp van een advocaat gezamenlijk gezag aanvragen bij de Rechtbank, mits de meemoeder in nauwe persoonlijke betrekking tot het kind staat. Na toewijzing van dit verzoek, kon de beslissing van de rechter worden aangetekend in het gezagsregister van de Rechtbank.

Sinds 1 april 2014 is het veel eenvoudiger om gezamenlijk gezag te krijgen. De meemoeder kan het kind namelijk (desgewenst al vóór de geboorte) erkennen, waardoor de moeders beiden de juridische ouders zijn. Door dit gezamenlijk juridisch ouderschap kunnen de moeders na de geboorte van het kind hun gezamenlijk gezag laten aantekenen in het gezagsregister van de Rechtbank, zonder dat daar een rechterlijke beslissing aan vooraf gaat².

Het aanvragen van gezamenlijk gezag is nu een administratieve handeling zonder noodzaak van advocaat. Let op: het aanvragen van gezamenlijk gezag kan niet vóór de geboorte geregeld worden. Denk er dus aan om dit na de geboorte te doen, ook al is het kind vóór de geboorte al erkend. Deze procedure is gelijk voor een heterostel dat niet gehuwd of geregistreerd is. Voor mannelijke stellen is een adoptieprocedure de enige mogelijkheid om gezag over een kind te krijgen (optioneel kan bij de rechter voogdij aangevraagd worden over een kind geboren uit een draagmoeder).

Per 1 juli 2014 is de Transgenderwet in werking getreden

Sinds 1 juli 2014 is het in Nederland mogelijk zowel vader als moeder van een kind te zijn. Een transgender kan met een verklaring van een deskundige (erkende Transgenderkliniek),

bij de burgerlijke stand van de gemeente, het geslacht laten veranderen. Biologisch zijn ze echter nog steeds man of vrouw. Het is dus mogelijk om een kind te verwekken dan wel te baren en in die zin dus zowel de biologische moeder of vader van het kind te zijn, evenals de juridische ouder van het tegenovergestelde geslacht.

In de praktijk

De oppas-oma heeft dus geen gezag, formeel moeten beide juridische ouders toestemming geven voor behandeling. Als het gaat om doorgaans regulier³ medisch handelen, mag u werken met veronderstelde toestemming. Worden er echter behandelingen gevraagd die niet 'regulier' zijn⁴, wees dan alert en check of beide ouders hiervoor toestemming geven. Als de ouders gescheiden zijn, is dubbele alertheid geboden: beide ouders dienen het ermee eens te zijn.

De onderwijzer van de school heeft ook geen gezag. Gaat het om een pleister plakken of een eenvoudige wondbehandeling, dan zou veronderstelde toestemming kunnen gelden. Moet er echter gehecht worden of is een andere, meer ingrijpende behandeling nodig, probeer dan toestemming te krijgen. Is het zeer ernstig, een slagaderlijke bloeding of iets dergelijks, dan handelt u op basis van een goed hulpverlener bij een spoedgeval⁵.

Bij samengestelde gezinnen met stiefkinderen en stiefouders geldt hetzelfde: voor huis, tuin en keuken geneeskunde kun je werken met veronderstelde toestemming, maar wees alert bij complexere hulpvragen, verwijzingen en ingrijpende behandelingen. Zorg voor toestemming van beide juridische ouders (behoudens een noodgeval).

Het gezagsregister is altijd te raadplegen; sinds een recente wetswijziging hoeft dit niet meer via de Rechtbank in het arrondissement van de geboorteplaats van het kind,

maar kan dit eenvoudig via raadpleging van het centrale gezagsregister via elke Rechtbank. Eenvoudiger is het om bij scheiding, dan wel bij kennismaking met nieuwe samengestelde gezinnen de gezagsverhoudingen vast te leggen.

Recapitulatie WGBO en minderjarigen

Bij een kind jonger dan 12 moeten beide juridische ouders toestemming geven voor behandeling en bij het ontbreken van ouders, de voogd(en)⁶. Beide ouders hebben recht op inzage en afschrift van het dossier. Het kind heeft recht op informatie, maar hoeft geen toestemming te geven.

Na scheiding moeten nog steeds beide ouders toestemming geven, tenzij een van de ouders het gezag is ontnomen door de rechter. Beide ouders hebben recht op inzage en afschrift van het dossier. De niet-gezaghebbende ouder heeft dan nog wel recht op informatie over zijn of haar kind op verzoek. Geen recht op inzage in en afschrift van het dossier.

Van 12-16 jaar moeten beide juridische ouders toestemming geven en ook het kind. Als het kind een weloverwogen beslissing kan nemen en er zou schade kunnen dreigen als die beslissing niet zou worden gevolgd, dan mag het kind alleen beslissen! Vanaf 16 jaar is de minderjarige volgens de WGBO beslissingsbevoegd en geldt het beroepsgeheim ook voor de ouders.

Als u op een juiste manier omgaat met *informatie en toestemming* en het beroepsgeheim, dan houdt u zelf ook het gezag dat van u verwacht wordt. ☺

¹ Zie ook Op een lijn 39, 1^e uitgave 2011, WGBO en minderjarige.

² Ervan uitgaande dat de biologische vader uit beeld is (verwekker, aanvankelijk anonieme donor (Nederland) of anonieme donor (Buitenland), omdat het voor dit artikel erg ingewikkeld wordt.

³ Zieke kinderen, bovenste luchtweg infecties, gastro-enteritis, eenvoudige behandelingen.

⁴ Denk aan verwijzingen naar psycholoog, vragen naar psychofarmaca of behandelingen voor autisme spectrum stoornissen o.i.d. let dan op en vraag of beide ouders het daar mee eens zijn.

⁵ De wettelijke toestemming volgt dan uit het handelen van een goed hulpverlener op basis van de professionele standaard.

⁶ Denk aan alleenstaande minderjarige asielzoekers (AMA's).

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Minder machteloos met de nieuwe meldcode

Voelt u zich ook zo vaak machteloos bij vermoedens van kindermishandeling of huiselijk geweld? 'Kloppen de signalen die ik zie of krijg?' 'Moet ik nu wat of kan ik afwachten?' 'Wat betekent dat voor mijn relatie met de patiënt?'

Het zijn allemaal gedachten die vragen om afwegingen, vaak leidend tot handelingsverlegenheid. Kindermishandeling komt nog steeds veel voor.¹ Melding is en blijft nodig. Artsen kunnen en moeten daar een krachtige bijdrage aan leveren. Het is gebleken dat professionals die een meldcode hanteren, driemaal vaker melden dan professionals die geen meldcode hanteren. Het geeft houvast en bescherming (mits de zorgvuldigheidseisen in acht zijn genomen) bij de centrale vraag: wanneer, bij wie en hoe trek ik aan de bel?

Historie

De eerste KNMG-meldcode kindermishandeling is uit 2008 en werd geactualiseerd in 2012. De nieuwe KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld is in werking getreden op 22 april 2014. De laatste aanpassingen betreffen vooral de per juli 2013 in werking getreden Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling en het bijbehorende besluit. Het betreft een aantal accentverschuivingen en twee aanvullingen, namelijk *de invoering van de kindcheck en de mogelijkheid van een deskundige voor letselduiding*.

Indeling nieuwe meldcode

De huidige KNMG-meldcode bestaat uit twee delen: *kindermishandeling en volwassenengeweld*. Beide onderdelen hanteren een analoge opbouw, indeling en stappenplan. De beide codes beginnen in de eerste drie artikelen met heldere definities van kindermishandeling en huiselijk geweld, de algemene verantwoordelijkheden van de arts en dossiervoering. De artikelen zijn systematisch opgebouwd: eerst een heldere omschrijving of definitie, daarna een toelichting en zo nodig een verdere onderbouwing. De meldcodes kunnen dus gelaagd gelezen worden.

Artikel 4 van beide codes bevat de kern van de code: het stappenplan bij (vermoedens van) kindermishandeling en volwassenengeweld. In het overzicht zijn alle stappen te zien en in de toelichting wordt per stap de essentie weergegeven (zie schema's). De stappen in het stappenplan wijken iets af van de voorgeschreven volgorde in het Besluit Verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. De stappenplannen in beide codes zijn duidelijk en overzichtelijk. De essentie is niet dat de stappen in de juiste volgorde gezet worden maar dat alle verplichte stappen gezet worden en indien mogelijk ook de andere stappen.

Artikel 5 is ook in beide codes gelijk en gaat over anoniem melden. Vanaf artikel 6 lopen de beide codes uiteen.

Bij kindermishandeling zijn er na Artikel 5 nog zes artikelen die gaan over:

- Informatie op verzoek van Veilig Thuis (voorheen AMK)
- Terugkoppeling door Veilig Thuis
- Informatie aan de gezinsvoogd
- Informatie aan andere betrokken professionals
- Contact met de Raad voor de Kinderbescherming
- Contact met politie en justitie

Ook hier weer eerst de omschrijving met daarna de toelichting. Deze artikelen kunnen worden gelezen al naar gelang de situatie zich voordoet.

Het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is per 1 januari 2015 opgegaan in een nieuwe organisatie: 'Veilig Thuis'



Veilig Thuis: advies en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling.
www.vooreenveiligthuis.nl
 Bel gratis: 0800-2000
 (dag en nacht, ook in het weekend)

Stappenplan Kindermishandeling

Zie de uitgebreide toelichting in artikel 4 op pagina 26. ■ = verplichte stappen!



Bij de meldcode huiselijk geweld zijn er na Artikel 5 nog twee artikelen:

- Informatie op verzoek van het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG)
- Informatie aan politie en justitie

Bij beide meldcodes zijn nuttige bijlagen gevoegd. Bij kindermishandeling zijn dat:

- Zorgplicht, beroepsgeheim en melden
- Veilig Thuis
- Tips voorgesprekken met ouders en kinderen
- Risicofactoren en signalen
- SPUTOVAMO-formulier (acroniem voor de relevante onderwerpen)

Stappenplan Volwassenengeweld

Zie de uitgebreide toelichting in artikel 4 op pagina 80. ■ = verplichte stappen!



Bij volwassenen geweld zijn er bijlagen over:

- Tips voorgesprekken met slachtoffers
- Risicofactoren en signalen
- Steunpunt huiselijk geweld
- Zorgplichtberoepsgeheim en melden

Al met al een helder document dat alleen al via de twee schema's een belangrijk overzicht geeft en die naar gelang de situatie, op onderdelen gelezen kan worden. Hierdoor wordt het machteloze gevoel hopelijk wat minder. Het gericht en schematisch te werk gaan, is in het belang van het kind of het slachtoffer van huiselijk geweld. ☺

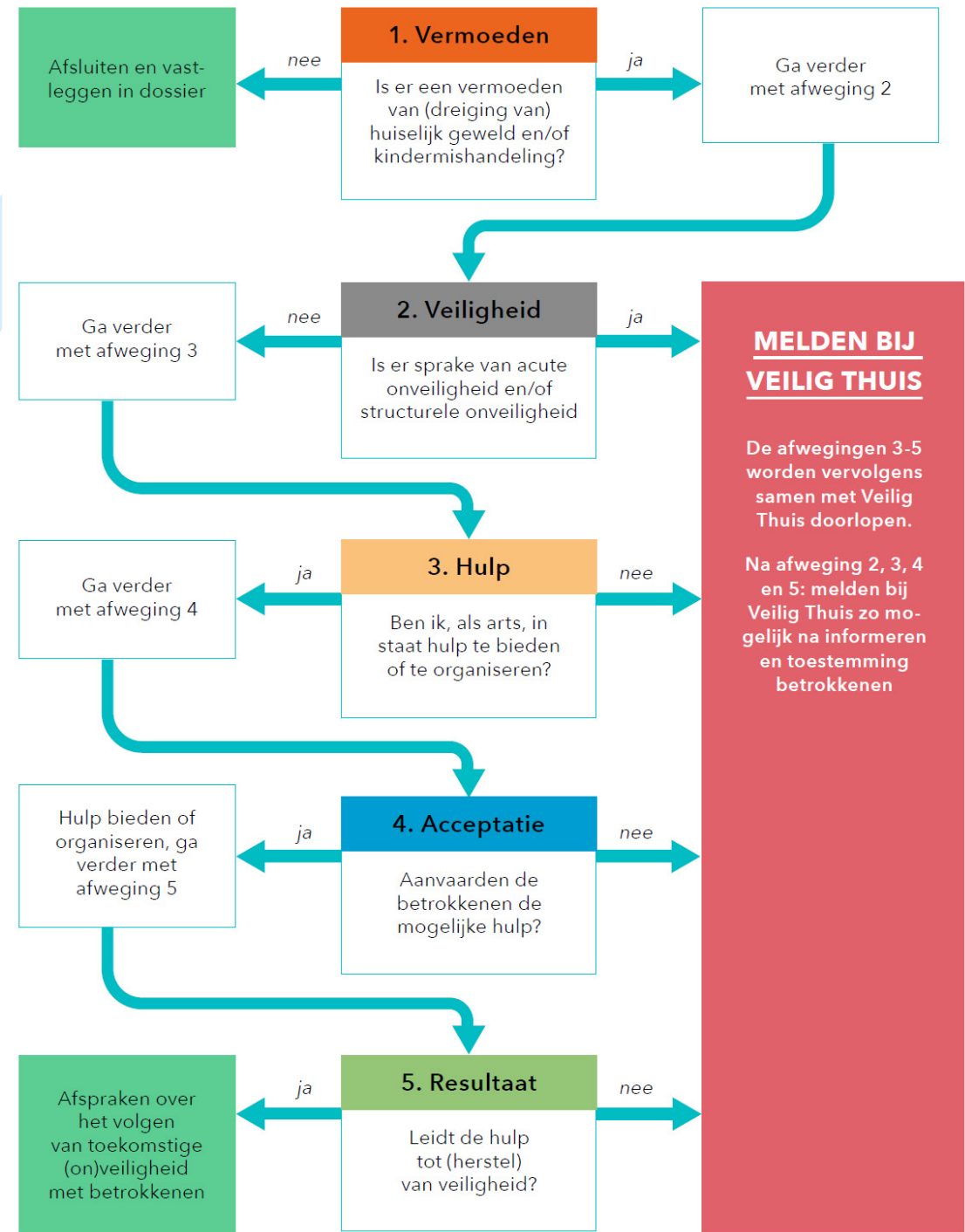
¹ Er worden in Nederland naar schatting 119.000 kinderen mishandeld, waarvan 80-100 met dodelijke afloop. Kindermishandeling in Nederland Anno 2010: de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM 2010).

Addendum 2018

In juli 2018 zijn de oude stappen 5a (Monitoring) en 5b (Melding) vervangen door een nieuwe stap 5 (is al aangepast op pagina 29 van deze brochure). Wettelijk gaat deze aanpassing in per 1 januari 2019. Hoe dit besluit tot wijziging tot stand kwam, wordt verduidelijkt via onderstaande schema's.

Schema1: afwegingskader

Stroomdiagram kindermishandeling/volwassenengeweld



Schema 2: stroomdiagram stap 5

6. Stroomdiagram Stap 5

Onderstaand is opgenomen het Stappenplan van de KNMG-meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld met daaronder het stroomdiagram met de uitwerking hoe artsen in Stap 5 van dit Stappenplan de afweging kunnen maken of het is aangewezen (vermoedens van) kindermishandeling en/of huiselijk geweld te melden bij VT. Dit met in achtneming van bovenstaande professionele normen.

Stappenplan kindermishandeling/volwassenengeweld



Gezondheidsrechtelijke kwesties

Heeft een patiënt ook plichten?

Inleiding

Op 26 maart 2013¹ heeft het Centraal Tuchtcollege in Den Haag een huisarts een waarschuwing opgelegd omdat hij een diabetes mellitus type I patiënt, die zich niet wenste te laten controleren en niet op het spreekuur kwam, wel insuline voorschreef. Vanaf 2000 tot aan zijn overlijden op 7 januari 2009 is betrokkene nooit gezien door de arts of zijn POH. De vorige huisarts had geen informatie overgedragen en de patiënt heeft nooit gereageerd op oproepen (voicemail, briefje in de brievenbus, briefjes bij de medicatie) om zich te laten controleren. Ook kreeg de huisarts geen brieven van specialisten of diabetes verpleegkundige. De patiënt kwam wel jaarlijks zijn griepspuit halen en hij nam insuline welke hij kreeg door middel van herhaalrecepten die door de huisarts werden gefiatteerd. De huisarts werd aangeklaagd door de Inspectie nadat deze geïnformeerd was door de forensische arts die betrokken was bij de lijkschouw en een verklaring van natuurlijk overlijden af heeft gegeven. Deze casus roept tal van vragen op. Hoe zit het met de verantwoordelijkheidsverdeling? Wat mag je van een patiënt verwachten? Hoe zit het met de zorgplicht van de huisarts? Wat zijn de plichten van een patiënt? Shared Decision Making (SDM) en Zelf Management (ZM)? Respecteren van de zelfbeschikking en autonomie van de patiënt? Is er door de huisarts proportioneel behandeld?

In dit stukje zal nader ingaan worden op de plichten van een patiënt, wat we mogen verwachten van een patiënt en hoe het dan zit met de verantwoordelijkheidsverdeling en aansprakelijkheid?

Goed patiëntschap

Er zijn veel rapporten verschenen over rol van de patiënt in de spreekkamer met zijn rechten en plichten², hieruit zijn de volgende 3 verantwoordelijkheden te onderscheiden:

- het in acht nemen van algemeen geldende omgangsvormen
- het na komen van zakelijke verplichtingen
- het meewerken door de patiënt aan de behandelrelatie en het behandelresultaat

Algemeen geldende omgangsvormen

Het uitgangspunt is *respectvolle bejegening*. Concreet betekent dit geen schade toebrengen aan de hulpverleners, *geen agressie*. Agressief gedrag dat voortkomt uit een ziekte valt hier niet onder. Aanhoudend agressief gedrag is een gewichtige reden om de behandelrelatie op te zeggen³.

Minder schadelijk dan agressie is *claimend gedrag*, maar ook dit is niet acceptabel. Als zodanig is claimend gedrag niet te verbieden maar de zorgverlener is op grond van de WGBO gehouden aan de voor hem geldende professionele standaard; niet minder, maar ook niet meer. Ook *afspraken nakomen* valt onder algemeen geldende omgangsnormen en frequente no-shows kan de behandelrelatie schaden⁴.

Zakelijke verplichtingen nakomen

De WGBO vermeldt de *betalingsplicht* expliciet in artikel 7:461 BW, echter door de zorgverzekeringswet betaalt de patiënt de zorgverzekeraar een premie inruil waarvoor hij zorg ontvangt. Vele patiënten onttrekken zich echter aan deze zorgverzekeringsplicht⁵.

Wanbetalers verliezen hun recht om van zorgverzekeraar te wisselen. In relatie hiermee wordt sinds 2006 fraude met verzekeringspasjes tegengegaan door invoering van een *identificatieplicht*, zonder geldige legitimatie kan behandeling geweigerd worden als er geen sprake is van spoed.

Meewerken aan behandelrelatie en behandelresultaat

Ook deze verplichting staat in de WGBO vermeld in artikel 7:452 BW, 'de patiënt geeft de hulpverlener naar beste weten de inlichtingen en de medewerking die deze redelijkerwijs voor het uitvoeren van de overeenkomst behoeft'. Hier is veel ruimte voor invulling.

Goede wederzijdse informatieoverdracht is essentieel voor het slagen van een behandeling, dit wederzijdse zit ook in de eis van 'Informed Consent' en de informatieplicht van de arts. De patiënt moet *meedenken* en *meebeslissen*, maar ook *adviezen opvolgen* en *meewerken* wil er sprake zijn van SDM en ZM. Het veronderstelt een actieve rol van de patiënt. Maar hier zit ook een probleem, het vergt bepaalde competenties om dit te doen en niet iedere patiënt zal hierover beschikken⁶. Dit maakt het lastig om juridische consequenties te verbinden aan het niet nakomen van 'goed patiëntschap'. Dit zou pas mogelijk zijn als de patiënt de hulpverlener welbewust verkeerd informeert over een gevolgde behandeling⁷, medicatiegebruik⁸ of middelengebruik⁹, op een daartoe gerichte vraag. Daarnaast heeft de patiënt ook het recht een deel of geheel behandeling te weigeren. In het uiterste geval kan de behandelovereenkomst worden opgezegd als de patiënt zo weinig medewerking verleent, dat elke behandeling zinloos wordt.

Het streven zal echter zijn door communicatie en informatie de eigen verantwoordelijkheid en therapie van de patiënt te stimuleren, ook in het belang van patiëntveiligheid; artikel 7:452 schept slechts een morele, niet afdwingbare verplichting, die in het uiterste geval leidt tot het ontbinden van de behandelrelatie. Een minder vergaande optie is het bijstellen van het behandelplan waardoor de patiënt mogelijk wel aan zijn verplichtingen zou kunnen voldoen, dit kan echter alleen met toestemming en in samenspraak met de patiënt.

Dat naleving van de verplichtingen niet alleen een individueel belang voor de patiënt betekent, maar ook een collectief belang. Een betaalbare en voor iedereen toegankelijke zorg, maakt dat er gezocht wordt naar maatregelen om goed patiëntschap te stimuleren. Dit gebeurt in de vorm van ondersteunen tot afdwingen binnen een toetsingskader vastgelegd in het Signalement van de RVZ uit 2007. SDM is een middel om het verkrijgen van een Informed Consent te faciliteren en de kwaliteit ervan te verbeteren¹⁰.

Terug naar de casus

De eerste reactie na het lezen van de casus zal zijn dat het mede te wijten is aan de patiënt dat het zo is afgelopen en dat de dokter zijn best heeft gedaan en verder geen blaam treft. Dat vond ook het regionaal tuchtcollege in Zwolle. De patiënt wilde niet en reageerde ook niet op briefjes en telefoontjes en een huisbezoek.

Hoe dan verder als arts? In dit geval was er niets bekend van de patiënt, er was geen dossier van zijn vorige huisarts overgedragen, er was en kwam geen informatie uit de tweede lijn. Over de zakelijke verplichting is weinig bekend, het niet reageren op telefoontjes, briefjes en huisbezoek is weinig respectvol van de patiënt en past niet in goede omgangsvormen, maar is niet gewichtig genoeg om de behandelrelatie te beëindigen.

Het derde aspect betreft het meewerken aan de behandelrelatie. Betrokkene nam wel zijn insuline en vanaf 2004 zijn griepvaccinatie, maar verder liet hij het hierbij. Van SDM en ZM was geen sprake, er was geen contact geweest. Ook vond het Centraal tuchtcollege het aantal pogingen dat de praktijk had ondernomen, onvoldoende. Er konden maar enkele pogingen worden aangetoond. Pas als er voldoende en adequate pogingen waren ondernomen om de patiënt te bereiken en er voldoende gewaarschuwd was voor de risico's van zijn ziekte en de daarmee samenhangende regelmatige gezondheidscontroles en de patiënt weigert dan nog, dan pas mag de arts concluderen dat het een weloverwogen keuze van de patiënt is geweest.

In voorkomende situaties dus niet volstaan met een briefje met het verzoek om contact op te nemen en alle contact pogingen noteren in het dossier. Wel een brief sturen (NHG patiëntenbrief) waarin het belang van het contact opnemen wordt vermeld evenals de gezondheidsrisico's van het niet adequaat controleren van het ziektebeeld. Eventueel in samenspraak met de apotheek bij het ophalen van de medicatie de confrontatie aangaan. In het uiterste geval besluiten dat dit een gewichtige reden is om de behandelrelatie te beëindigen.

In de ideale wereld, in een SDM situatie, met een wilsbekwame patiënt, had deze patiënt, na zeer goed voorgelicht te zijn door zijn behandelaar, deze beslissing mogen nemen en zou daar dan ook zelf verantwoordelijk voor zijn geweest, nu blijft een deel van die verantwoordelijkheid op de behandelaar rusten en levert die aansprakelijkheid een waarschuwing op. *Hoeveel patiënten heeft u, die braaf hun medicatie herhalen, maar zich niet laten controleren?* ☹️

¹ CTG C2012.093, 26 maart 2011 (zie ook RTC Zwolle 023/2011, 12 januari 2012, die in eerste aanleg de klacht ongegrond heeft verklaard).

² Sinds 2007 onder andere: Signalement 'Goed patiëntschap', Meer verantwoordelijkheid voor de patiënt, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg(RVZ) 2007, Vertrouwen in de spreekkamer, RVZ februari 2008, Geven en nemen in de spreekkamer, veranderende verhoudingen, RVZ 2009, Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer: juridische aspecten, Prof. Mr. J. Legemaate, februari 2013, Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt- normatieve achtergrond, achtergrond studie 2013, centrum voor Ethiek en Gezondheid

³ Zie ook Op één lijn 40, 2^e uitgave 2011, Mag een arts een patiënt weigeren of uit de praktijk zetten?

⁴ Uit een onderzoek in 2002 bleek 14% van de polikliniek bezoekers de afspraak niet na te komen. Na invoering van een no-show tarief daalde dit percentage naar 8% in 2004

⁵ Op dit moment is er een betalingsachterstand van bijna een miljard euro, ruim 1/3 van het totale huisartsen budget in de zorg. Er wordt geschat dat 120.000 patiënten nog nooit een zorgpremie betaald hebben. Iedere maand loopt het te kort met 20 miljoen op (bron CBS).

⁶ Het signalement van 2007 spreekt van 'Patiënten variëren van mondige regisseurs tot stille volgers'

⁷ Voorbeeld, al eerder IVF behandeling gehad en dit verzwijgen

⁸ Medicatie niet nemen terwijl wel geïndiceerd

⁹ Voorbeeld: roken terwijl gecontra-indiceerd bij bepaalde behandelingen (implantaten)

¹⁰ Legemaate 2013; Nieuwe verhoudingen in de spreekkamer juridische aspecten.

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Grenzen aan kritische uitlatingen over artsen op het internet?¹

Wien heeft nog niet zijn of haar nieuwsgierigheid bevredigd met het kijken op sites als www.zorgkaartnederland.nl, www.zoekdokter.nl en www.sin-nl.org? En, beviel de beoordeling?

Er zijn artsen, maar ook advocaten, boos geworden over kritische uitlatingen op het internet. Het bekendste voorbeeld is wel de zaak Moszkowicz / Kelder², waarin Jort Kelder, Bram Moszkowicz had uitgemaakt voor 'maffiamaatje'. Maar ook artsen hebben in kortgeding zaken geprocedeerd tegen onwelgevallige uitlatingen op het internet³.

Uitspraken door Nederlandse rechters

Deze zaak uit Rotterdam betrof twee artsen van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam, nu Erasmus MC. De voorzieningenrechter oordeelde dat de ex-patiënte en haar echtgenote niet het recht kon worden ontnomen om publiekelijk hun standpunten uit te dragen zolang ze zich houden aan de grenzen die de wet en de vrijheid van meningsuiting stellen. Grievende uitlatingen mochten niet, hieronder vielen uitlatingen zoals 'crimineel gedrag' en 'hij ging tekeer als een beul'.

De zaak in Groningen betrof internet uitlatingen op www.sin-nl.org met foto van een neuroloog en de openbaarmaking van een naar hem genoemde website. Het ging om een patiënte die tevens voorzitter was van een patiëntenorganisatie⁴. Na een beoordelingsconsult was patiënte het niet eens met het uitgebrachte schriftelijk advies en plaatste de neuroloog op de zwarte lijst van SIN. NL met een foto en de nodige kritiek. De neuroloog verzocht schriftelijk om verwijdering van de kritiek en de foto van de website.

Over en weer zijn ook in Medisch Contact uitlatingen gedaan⁵. Het oordeel van de voorzieningenrechter, gebaseerd op art. 10 lid 1 EVRM, komt er op neer dat er alleen een beperking van het grondrecht op vrije meningsuiting kan zijn als dat nodig is in een democratische samenleving ter bescherming van iemands goede naam of rechten van anderen.

Als de uitlatingen dus onrechtmatig zijn, vormt de bescherming van de eer en goede naam een legitieme grond om de vrijheid van meningsuiting te beperken. Hiervan was in dit geval geen sprake. Tevens oordeelde de rechter dat patiënte, als voorzitter van een belangengroep, en de neuroloog meer dan gemiddeld bestand moeten zijn tegen publicatie en kritische uitlatingen.

De patiënte liet het hier niet bij en maakte een website aan die de naam droeg van de neuroloog. Op deze website onder het kopje 'misdriven' stond onder andere het volgende vermeld '...maakt zich schuldig aan fraude, mishandeling, het toebrengen van zwaar lichamelijk letsel, het achterlaten van een hulpbehoevende in nood en doodslag c.q. moord op termijn, door het bewust en met opzet weigeren van adequate medische begeleiding...'

In een zaak aangespannen door de neuroloog voor de Utrechtse voorzieningenrechter⁶, oordeelde de rechter dat het registreren van een domeinnaam die identiek is aan de naam van de neuroloog zonder diens toestemming onrechtmatig is. Ook het weigeren het gebruik van de site te staken na diens verzoek is onrechtmatig.

De gewraakte uitingen mochten dan weliswaar niet op deze website, maar of ze helemaal niet op het internet mochten, moest beoordeeld worden aan de grenzen die de zorgvuldigheid in het maatschappelijk verkeer meebrengen. Er moet dus een belangenafweging komen tussen het recht op vrije meningsuiting en het recht op iemands eer en goede naam.

De Utrechtse rechter hanteerde drie criteria voor het wegen van deze belangen die hij ontleende aan de zaak Moszkowicz-Kelder ('maffiamaatje')

- De aard van de uitlatingen en de te verwachten gevolgen daarvan voor degene op wie de uitlatingen betrekking hebben;
- De ernst van de aan de orde gestelde problematiek en de mate waarin de beschuldigingen ten tijde van de uitlatingen steun vonden in het toen beschikbare materiaal;
- Het medium waarop de uitingen zijn geopenbaard (internet) en de wijze waarop is vorm gegeven aan de uitlatingen.
- In dit geval wogen de belangen van neuroloog zwaarder dan de belangen van de patiënte, door de zeer zware en diffamerende beschuldigingen zoals hierboven omschreven.

Internationaal recht

Ook het Europese Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) heeft uitspraken gedaan over het recht op vrije meningsuiting en de bescherming van iemands goede naam, reputatie⁷ en privacy⁸. Uit deze uitspraken van het Hof kunnen we het volgende concluderen over kritische uitlatingen in de media, waaronder het internet;

- kritiek is eerder geoorloofd indien ze zaken van publiek belang aan de orde stellen
- indien de kritiek personen met een publieke functie betreft
- en er bij de kritiek de nodige zorgvuldigheid in acht wordt genomen (van een journalist wordt dan meer verwacht dan van een gewone burger)
- een arts is doorgaans geen publiek persoon en hem komt dan meer gewicht toe aan het recht op privacy en recht op reputatie

Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)

Ook de Wbp stelt eisen aan en verplichtingen ten aanzien van het vermelden van persoonsgegevens. De Wbp kent ook de journalistieke exceptie⁹. Als een publicatie gericht is op een algemeen maatschappelijk belang of een journalistiek doel dient, en zij is gedaan door een journalist of een persoon in een journalistieke hoedanigheid, dan is er meer geoorloofd.

Hoe nu kritische uitlatingen op het internet beoordelen? Wellicht is het nuttig om nu nogmaals naar bovenstaande beoordelingswebsites te gaan en deze opnieuw te beoordelen.

Allereerst de vraag of je als arts ook een publiek figuur bent. Het EHRM beschouwt een persoon een publiek figuur als je lid van de regering bent, politicus, of anderszins grote bekendheid geniet. Als dat zo is, moet je meer kritiek kunnen verdragen. Een arts is doorgaans geen publiek figuur.

Daarna de vraag of de kritiek is geuit door een belangenvereniging in het algemeen belang, zo ja dan moet je meer kritiek verdragen.

Valt de kritiek onder de journalistieke exceptie van art 3 Wbp? De kritiek moet dan geuit zijn door een journalist of een persoon in journalistieke hoedanigheid¹⁰, is hier niet aan voldaan dan gelden de beschermende artikelen van de Wbp.

Is de kritiek onnodig grievend? Is de kritiek feitelijk onjuist? Als dit het geval is, dan kan via een beroep op art. 36 Wbp of via een civiele procedure, aanpassing, verbetering of verwijdering van de tekst worden afgedwongen.

Is het bovenstaande allemaal niet van toepassing, beschouw dan de kritiek als gratis advies en doe er wat mee, maar waardeer het ook als er positieve opmerkingen staan. ☺

¹ Kritische uitlatingen over individuele zorgverleners op het internet: waar ligt de grens? Mr. Dr. MC Ploem en Prof. Mr. A.C. Hendiks, TvGR 2011 (35) 1 p 4-18

² Hof Amsterdam 24 mei 2007, LJN BA5599

³ V.zr. Rb. Rotterdam 20 april 2000, TvGR 2009/62, V.zr. Rb. Groningen 25 september 2009, GJ 2009/135, LJN BJ8795

⁴ Voorzitter van Slachtoffers latrogene Nalatigheid-Nederland, SIN-NL en de stichting/belangengroep 'latrogenic Europe Unite-Alliance' (IEU-Alliance), www.ieu-alliance.eu/homelist.php

⁵ MC 2009, p 654-656 ('Wakkerschudden met shocktherapie'), MC 2009 p. 998 (ingezonden stukken)

⁶ V.zr. Rb. Utrecht 23 juni 2010, LJN BM9448

⁷ Art. 10 lid 2 EVRM

⁸ Art. 8 EVRM

⁹ Art. 3 Wbp

¹⁰ Dit wordt beoordeeld aan een 4 tal criteria, 1. De activiteit is gericht op objectieve informatieverzameling en verstrekking, 2. Het gaat om een regelmatige bezigheid, 3. Het gaat erom een maatschappelijke strekking aan de orde te stellen, 4. De publicatie kent een recht van repliek of rectificatie achteraf.

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Werkzaamheden van de tuchtcolleges

Doel van het tuchtrecht

De Wet BIG waarin het tuchtrecht is geregeld, heeft als doelstelling de kwaliteit van de beroepsbeoefening te bevorderen en te bewaken.

De tuchtcolleges

De tuchtrechtspraak wordt in eerste aanleg uitgeoefend door de Regionale Tuchtcolleges en in beroep door het Centraal Tuchtcollege. Er zijn vijf regionale tuchtcolleges: Groningen, Zwolle, Amsterdam, Den Haag en Eindhoven. De woonplaats van de aangeklaagde persoon bepaalt de bevoegdheid van het tuchtcollege. Als een klacht gaat over aangeklaagde personen die in verschillende ambtsgebieden wonen, bepaalt de plaats waar het handelen of nalaten waarover de klacht gaat, de bevoegdheid van het tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege is gevestigd in Den Haag.

Klachtgerechtigden

Een rechtstreeks belanghebbende is klachtgerechtigd, meestal de patiënt zelf. Als iemand klaagt over de behandeling die een ander heeft ondergaan, oordeelt het college of deze klager een voldoende rechtstreeks belang heeft bij de behandeling van zijn klacht.

Als het college vindt dat de klager geen voldoende rechtstreeks belang heeft, verklaart het college de klager niet-ontvankelijk.

Er zijn ook andere mensen klachtgerechtigd. Dat zijn:

- Degene die aan iemand die onder het tuchtrecht valt een opdracht heeft gegeven;
- De werkgever of het bestuur van de instelling waar een vrijgevestigd arts werkzaam is;
- De hoofdinspecteur of de regionale inspecteur voor de Gezondheidszorg;
- De zorgverzekeraar bij wie de beroepsbeoefenaar is ingeschreven.

Welke personen kunnen worden aangeklaagd?

Het college behandelt alleen klachten over artsen, tandartsen, apothekers, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen. Per 1 januari 2012 is deze groep uitgebreid met physician assistants en verpleegkundig specialisten.

Een klacht moet tegen een met naam genoemde persoon zijn gericht. Een klacht tegen een ziekenhuis of een instelling als zodanig neemt het college dus niet in behandeling. Het college is uitsluitend bevoegd om een klacht te behandelen

als die klacht is gericht tegen een lid van de hiervoor genoemde beroepsgroepen én als deze beroepsbeoefenaar in het daarvoor ingestelde BIG-register was geregistreerd op het moment waarop de handeling waarover de klacht gaat, plaatsvond. Het college toetst het handelen van degene waarover is geklaagd aan de in artikel 47 van de Wet BIG vastgestelde normen. Een zaak wordt in eerste aanleg bij het bevoegde regionale tuchtcollege aanhangig gemaakt via een schriftelijke klacht. De bevoegdheid tot het indienen van een klacht vervalt door verjaring in tien jaren.

Het vooronderzoek

Voordat het college een klacht in de raadkamer of op een zitting behandelt, vindt een vooronderzoek plaats. Als het klaagschrift aan de eisen voldoet, stuurt het college een kopie aan de aangeklaagde persoon en vraagt ze om schriftelijk op de klacht te antwoorden. Na ontvangst van het antwoord krijgt de klager de gelegenheid daarop schriftelijk (replik) te reageren. De aangeklaagde mag daar desgewenst nogmaals op antwoorden (dupliek). Ook kan de door de voorzitter aangewezen vooronderzoeker aan derden inlichtingen vragen, bijvoorbeeld aan andere behandelaars of instellingen. Als alle noodzakelijke informatie is verzameld, stelt het college de klager en degene over wie is geklaagd in de gelegenheid mondeling te worden gehoord. Als partijen van deze mogelijkheid gebruik maken, kan degene die het vooronderzoek verricht, proberen een minnelijke oplossing tot stand te brengen. Als een minnelijke oplossing mogelijk blijkt, wordt de klacht vaak ingetrokken. In sommige gevallen vindt het vooronderzoek direct plaats na ontvangst van het antwoord van verweerder op de klacht. In die gevallen wordt vaak van verdere stukkenwisseling afgezien.

De samenstelling van het tuchtcollege

Het college bestaat uit een voorzitter-jurist, een lid-jurist en drie leden-beroepsgenoot. De voorzitter kan bepalen dat een zaak die hem daartoe geschikt voorkomt, wordt behandeld door een college bestaande uit een voorzitter-jurist en twee beroepsgenoten. Het college wordt bijgestaan door een secretaris-jurist.

De behandeling in raadkamer

Als het college op grond van de schriftelijke stukken tot het oordeel komt dat een klacht kennelijk ongegrond is, wijst het de klacht af in een schriftelijke, gemotiveerde beslissing. Ook de ingetrokken klachten worden door het college beoordeeld. Het college kan namelijk beslissen dat de behandeling van de ingetrokken klacht om redenen, aan het algemeen belang

ontleend, toch moet worden voortgezet. De klager wordt niet-ontvankelijk verklaard als het college tot de conclusie komt dat het klaagschrift niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen, dat de klager niet als rechtstreeks belanghebbende kan worden beschouwd, dat de klacht is verjaard of dat er wordt geklaagd over handelen van een zorgverlener die op dat moment niet in het BIG-register stond ingeschreven. Het college kan ook de zaak voor verdere behandeling naar een openbare zitting verwijzen.

De behandeling ter zitting

Voorafgaand aan een zitting nodigt het college partijen uit om bij de zitting aanwezig te zijn. Zij zijn niet verplicht om te verschijnen. Echter, bij niet-verschijning lopen partijen het risico dat een stelling van een wel verschenen wederpartij voor juist wordt gehouden. De zittingen zijn openbaar, tenzij er gewichtige redenen zijn om daarvan af te wijken. Het publiek en de pers kunnen gedurende acht dagen vóór de zitting kennisnemen van de door het college in het openbaar te behandelen zaken. Ter zitting kunnen partijen hun standpunten nader toelichten en antwoorden op vragen van de voorzitter en de leden van het college. De opgeroepen getuigen en/of deskundigen worden in beginsel gehoord. Na sluiting van het onderzoek ter zitting trekt het college zich terug voor de beraadslaging. Het college toetst dan de klacht aan de wettelijke normen. Het college legt zijn bevindingen en beslissing vast in een schriftelijke, gemotiveerde beslissing. De beslissing wordt binnen twee maanden na de zitting in het openbaar uitgesproken. Publicaties staan op www.tuchtcollegegezondheidszorg.nl.

De maatregelen

Als het college een klacht gegrond vindt, wordt aan de aangeklaagde in beginsel een maatregel opgelegd. Het college kan de volgende maatregelen opleggen:

- Een waarschuwing;
- Een berisping;
- Een geldboete van ten hoogste € 4.500;
- Een schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste één jaar;
- Een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het in het register ingeschreven staande betrokken beroep uit te oefenen;
- Doorhaling van de inschrijving in het register.

Bepaalde maatregelen mogen gecombineerd worden opgelegd. De maatregel schorsing van de inschrijving mag ook voorwaardelijk worden opgelegd met bepaling van een proeftijd van maximaal twee jaar. Het college moet opgelegde maatregelen melden aan het BIG-register. Zodra een maatregel onherroepelijk is geworden, wordt hij opgenomen in het BIG-register. Dat geldt niet voor de waarschuwing. Als een waarschuwing is opgelegd, wordt dat niet in het BIG-register opgenomen. Tot 1 juli 2012 werden ook berispingen en geldboeten niet in het BIG-register opgenomen.

Beroep

Beide partijen kunnen tegen de eindbeslissing van het college beroep instellen bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. De klagende partij kan alleen

beroep instellen tegen de beslissing voor zover zijn klacht is afgewezen of voor zover hij niet-ontvankelijk is verklaard. Degene over wie is geklaagd kan altijd beroep instellen. De Inspecteur voor de Gezondheidszorg ontvangt een kopie van alle beslissingen. Ook de Inspecteur voor de Gezondheidszorg heeft het recht om in beroep te gaan. Het beroepschrift moet worden gestuurd aan het secretariaat van het regionale tuchtcollege tegen wiens beslissing het beroep is gericht. Het regionale tuchtcollege stuurt het beroepschrift met alle processtukken van de procedure bij het regionale tuchtcollege aan het Centraal Tuchtcollege. De samenstelling en werkwijze van het Centraal Tuchtcollege wijken iets af van de samenstelling en werkwijze van de regionale tuchtcolleges.

Herstel

Hierboven staat welke maatregelen kunnen worden opgelegd als een klacht gegrond is. De twee zwaarste maatregelen zijn:

1. een gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het in het register ingeschreven staande betrokken beroep uit te oefenen
2. doorhaling van de inschrijving in het register.

Als zo'n maatregel is opgelegd, kan degene aan wie de maatregel is opgelegd bij Koninklijk Besluit in de hem ontzegde bevoegdheid worden hersteld of weer in het register worden ingeschreven. Vooraf wordt dan advies ingewonnen van het tuchtcollege dat de maatregel heeft opgelegd.

Herziening

Als er geen beroep in ingesteld tegen een eindbeslissing van het RTG en de beroepstermijn van zes weken voorbij is, dan is de beslissing onherroepelijk. Ook als het CTG in beroep een eindbeslissing heeft gegeven, is de beslissing onherroepelijk. Van een onherroepelijk geworden eindbeslissing kan herziening worden gevraagd als in die beslissing een maatregel werd opgelegd en naderhand omstandigheden zijn gebleken die waarschijnlijk tot een andere beslissing zouden hebben geleid, als die omstandigheden bij het nemen van de beslissing bekend waren geweest. Alleen degene over wie is geklaagd kan om herziening vragen. Bij een beslissing op een verzoek om herziening kan alleen dezelfde of een lichtere maatregel worden opgelegd. Herziening kan niet leiden tot een beslissing waarin een zwaardere maatregel wordt opgelegd.

Wraking

Een lid van het tuchtcollege kan worden gewraakt als een klager of aangeklaagde vindt dat de rechterlijke onpartijdigheid niet is gewaarborgd, bijvoorbeeld omdat hij meent dat er sprake is van vooringenomenheid. Reden voor wraking kan bijvoorbeeld zijn dat een collegelid familie is van een van de partijen.

Klagen over het tuchtcollege

Een klager, aangeklaagde of een andere belanghebbende kan een klacht indienen over het tuchtcollege. Klachten over de gedragingen van een RTG of het CTG, één van hun leden of één van hun medewerkers, kunnen worden ingediend bij de voorzitter van dat college. Indiening van die klacht moet schriftelijk. ☺

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Disfunctioneren

Op het werk en aan de borreltafel gaat het vaak over misstanden in de sportwereld. Dopingzondaars zoals Lance Armstrong leveren uren televisie en uitgebreide rapportages in kranten en tijdschriften. Vaak ver van mijn bed. Geruststellend dat je als tourwielrenner nu begrijpt waarom je er wat langer over doet dan voorheen om de Mont Ventoux te beklimmen. We leven rustig met de gedachten dat iedereen het wel wist of vermoedde. Maar niemand deed zijn mond open: de omerta van het wielrennen! Niemand deed wat. Nu de beerput opengaat, bleek het hele systeem op de hoogte inclusief de UCI¹. De UCI die hematocrietwaarden boven de 50% een gezondheidskwestie vond en een hematocrietvakantie van 15 dagen inlaste².

Géneranter wordt het wanneer in de wetenschap wordt gefraudeerd. Diederik Stapel kon jaren zijn gang gaan en maakte er goede sier mee. Een van de conclusies van de commissie Levelt, die dit bedrog onderzocht, was: *“Belangrijker dan de fraude van Stapel is echter dat in de wetenschappelijke wereld niemand aan de bel heeft getrokken over rare dingen in Stapels publicaties, het hele systeem, van laag naar hoog, heeft gefaald. Dat is onze schokkende conclusie.”*³ Veel verschil met de wielwereld?

Met Ernst Jansen Steur is nu ook de medische wereld internationaal in opspraak. Een verslaafde arts die in zijn megalomanie mogelijk ook nog schade aan anderen aangericht heeft. Ernst Jansen Steur is natuurlijk niet de eerste arts die disfunctioneert en tegen de lamp loopt⁴. Net zo min als Lance Armstrong de eerste dopingzondaar zou zijn of Diederik Stapel de eerste frauduleuze wetenschapper. Wat ze verbindt, is dat ze jaren in hoog aanzien stonden binnen hun beroepsgroep, daar openlijk erkenning voor kregen en zo lang hun gang konden gaan. Macht? Hoe zit het dan met ons medische systeem: is er ook sprake van collectief falen en hebben we allemaal boter op ons hoofd? Bestaat er een medische omerta? Wie wil klokkenluider zijn? Uit de bouw-

en vastgoedfraude weten we hoe het met zo iemand kan aflopen⁵.

Is er een regeling?

Zijn er wettelijke regels? In de WGB0 staat dat ‘je de zorg moet betrachten van een goed hulpverlener, handelen met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiend uit de voor hem geldende professionele standaard’⁶.

Lance Armstrong en zijn collega’s hielden zich naar hun mening ook aan de professionele standaard. EPO mag, als je hematocriet maar niet hoger is dan 50%, en de UCI gedoogde. In de bouwfraude was het verweer ook dat iedereen het zo deed. Is dat de standaard? Er is nog een KNMG gedragsregel waarin de verplichting staat dat de individuele arts zich toetsbaar opstelt⁷. Dit is formeel vastgelegd in het KNMG-Kwaliteitsmanifest (2002) en verder uitgewerkt in het KNMG-standpunt functioneren individuele arts (2005). In dat Kwaliteitsmanifest is een definitie opgesteld wat disfunctioneren inhoudt: *‘een structurele situatie van onverantwoorde zorg, waarin een patiënt wordt geschaad of het risico loopt te worden geschaad, en waarbij de betreffende arts/medisch specialist niet (meer) in staat of bereid is zelf de problemen op te lossen’*.

Disfunctioneren komt vaak duidelijk aan het licht als artsen gaan samenwerken. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) als eerste uitvoering hebben gegeven aan het KNMG standpunt van 2005⁸.

Met het protocol van de VHN als basis heeft de LHV een eigen modelprotocol Vermeend Disfunctioneren Huisarts gemaakt⁹. Alleen met dit protocol zijn we er niet, dit protocol moet aan de situatie van het samenwerkingsverband aangepast worden.

Uitgangspunten van het protocol vermeend disfunctioneren huisarts

In het modelprotocol wordt een stappenplan gehanteerd om tot een zorgvuldige procedure te komen bij vermeend disfunctioneren. De opzet is om tot een landelijk uniforme regeling te komen binnen samenwerkingsverbanden, zoals HAGRO, maatschap, zorggroep of kring. Achtereenvolgens worden onderstaande stappen doorlopen waarbij op elk moment de procedure gestopt kan worden als blijkt dat de betreffende huisarts goed functioneert.

Stappen

- Gesprek
- Melden verantwoordelijk functionaris
- Verbetertraject
- Commissie van advies
- Blijvend disfunctioneren
- Maatregelen
- Termijn
- Evaluatie
- Rehabilitatie

Het lijkt een open deur, maar het moet zover komen dat collega’s die merken dat een betrokkene onverantwoorde zorg biedt, zich verantwoordelijk voelen hierop te reageren. De aangesproken huisarts kan zich wenden tot een vertrouwenspersoon¹⁰, maar ook als je als huisarts zelf problemen hebt met functioneren kan je contact opnemen met die vertrouwenspersoon.

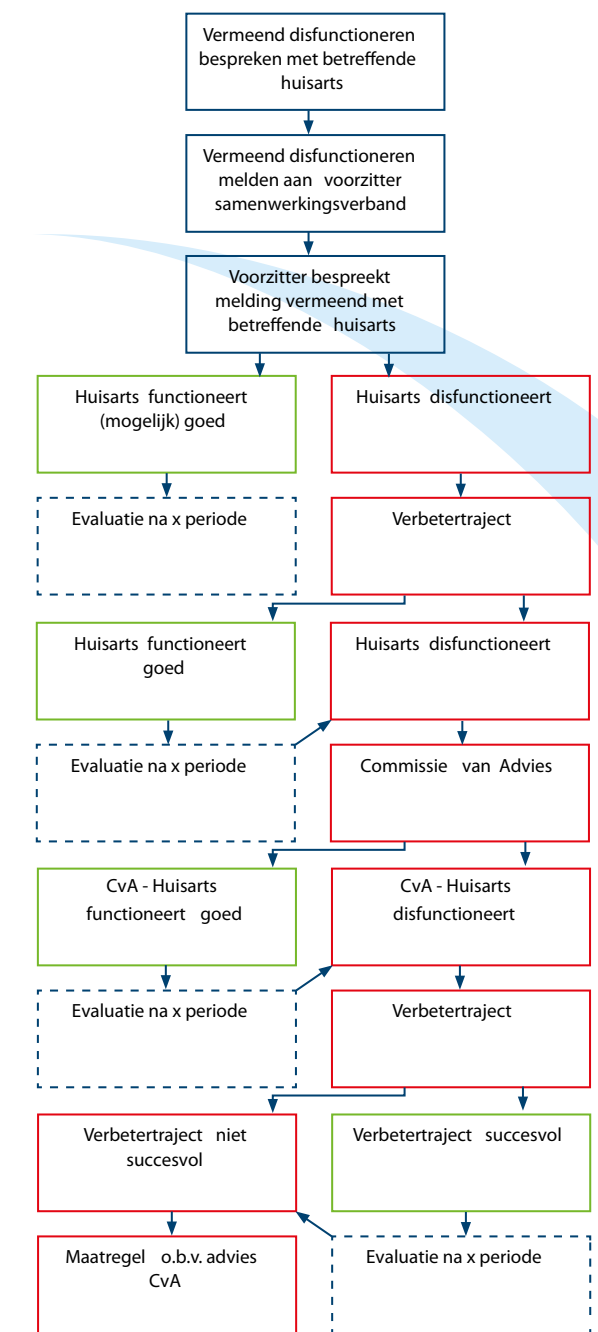
Verslaafde artsen kunnen terecht bij zogeheten ‘ABS-artsen’¹¹. De volgende stap is een verbetertraject. Om de beroepsgroep te ondersteunen, is een adviesorgaan opgericht: de Landelijke Commissie van Advies¹². Deze commissie adviseert ook over maatregelen bij persisterend disfunctioneren. Er wordt bij het verbetertraject een tijdpad uitgezet en er volgt een evaluatie na uiterlijk 6 maanden. Mocht achteraf blijken dat er geen sprake was van disfunctioneren dan dient er zo nodig rehabilitatie plaats te vinden.

Hiernaast alles nog eens in een schema.

Conclusie

Er is een protocol om bij disfunctioneren in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen en de externe partijen zoals de Inspectie Gezondheidszorg, de Tuchtrecter en de Zorgverzekeraar, niet betrokken te laten worden. Het is wel zaak dat dit protocol daadwerkelijk opgenomen wordt in de reglementen van de samenwerkingsverbanden en aangepast wordt naar de lokale situatie. Landelijk kan

gebruikt gemaakt worden van ondersteuning in de vorm van vertrouwenspersonen en een Commissie van Advies. Dit alles in de hoop dat er nooit een ‘medische commissie Levelt’ over ons het oordeel zal hoeven te vellen dat ons hele systeem van hoog tot laag heeft gefaald bij het bestrijden van disfunctioneren. ☺



1 Union Cycliste Internationale

2 De Wielermaffia, 2012, Tyler Hamilton en Daniel Coyle, hoofdstuk 3.

3 Falende wetenschap: De frauduleuze onderzoekspraktijken van sociaal-psycholoog Diederik Stapel, Commissie Levelt, Commissie Noort, Commissie Drenth 28 november 2012

4 Neem alleen het nieuws van de laatste weken: het Ruwaard van Putten ziekenhuis, eerst de cardiologen en nu de anesthesisten, zie MC 68, no 6, 7 februari 2013, 306-309, een neuroloog in het Amphia ziekenhuis in Breda, NOS 11-02-13.

5 Ad Bos van Koop Tjuchem, 2011

6 Boek 7 BW, 'de WGB0' art. 453

7 KNMG gedragsregel, 1.6 De arts is bereid zich te verantwoorden en zich toetsbaar op te stellen. Leidraad bij deze toetsing is het criterium 'algemeen onder beroepsgenoten gebruikelijk', zoals dat onder meer geoperationaliseerd is of moet worden door de erkende wetenschappelijke vereniging. (2002)

8 Onder andere met gesprekken over het individueel functioneren (IFMS) en het opnemen van het IFMS in het nieuwe model toelatingsovereenkomst

9 <http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Kwaliteit/Disfunctioneren/Modelprotocol-vermeend-disfunctioneren-huisarts.htm>

10 De LHV heeft een pool aan vertrouwenspersonen zie de website van de LHV, <http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Kwaliteit/Disfunctioneren/Vertrouwenspersoon-1/Vertrouwenspersonen-LHV.htm>

11 <http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Kwaliteit/Disfunctioneren/ABS-artsen.htm>

12 <http://lhv.artsennet.nl/huisartsenzorg/Kwaliteit/Disfunctioneren/Landelijke-Commissie-van-Advies.htm>

Wie is de verantwoordelijke dokter?

In het algemeen geen makkelijke vraag, en nog lastiger bij artsen in opleiding en hun opleiders. Als je op basis van de artsenbul een behandelingsovereenkomst aangaat, krijg je ineens te maken met het gezondheidsrecht.

Afhankelijk van waar en hoe je werkt, kun je te maken krijgen met een tachtigtal wetten en nog een tiental internationale richtlijnen en verdragen¹. De direct belangrijkste zijn wel de wet BIG² en de WGB0³.

Als kersverse AIOS ben je met de artsenbul dus wel bevoegd, maar hoe zit het met de bekwaamheid? Ben je instaat tot het inschatten van je bekwaamheid en tot het uitvoeren van een gevraagde opdracht? Hoe zit het met de verantwoordelijkheid van de opleider? Kan deze een inschatting maken van de bekwaamheid van de AIOS en de groei van deze bekwaamheid gedurende de opleiding? Dan zijn er nog de diverse werklocaties met hun eigen regels zoals de huisartsenpost, de intramurale stages in het ziekenhuis, verpleeghuis en BOPZ-instellingen.

Hieronder een overzicht van verantwoordelijkheden en specifieke toepasselijke regelgeving, richtlijnen en jurisprudentie naast de bovengenoemde WGB0 en de wet BIG voor AIOS en opleider.

Jurisprudentie over verantwoordelijkheidsverdeling

Onderstaande verantwoordelijkheden zijn vaak niet direct uit de wet af te leiden maar in de jurisprudentie ontwikkeld, vaak na calamiteiten waarbij patiënten aan onnodige risico's werden blootgesteld, schade opliepen of zijn overleden. Een klein overzicht waarin bovengenoemde verantwoordelijkheden terug komen evenals nog enkel recente adviezen:

Opvallende uitspraken van het Centraal tuchtcollege:
16-12-2004; Gynaecoloog in hoger beroep vrijgesproken, AIOS zelfstandig verantwoordelijk voor het achter laten van een "taartschap" in de buik van een patiënte. Gynaecoloog was

bij het sluiten van de buik niet meer in beeld en de AIOS was aan het eind van zijn opleiding en mocht geacht worden de handeling zelfstandig te kunnen verrichten.

16-12-2008; Een chirurg laat circumcisies verrichten door een eerstejaars AIOS, er was sprake van onvoldoende resultaat. Het CTG geeft een overzicht van onderstaande verantwoordelijkheden van beide en acht de klacht tegen de AIOS ongegrond en tegen de chirurg gegrond.

13-04-2010; Een chirurg laat operatie aan AIOS over maar doet voorkomen of hij zelf zal opereren. Verwijt gebrek aan supervisie, klacht gegrond.

06-01-2011; Verwijt aan psychiater van onvoldoende toezicht op AIOS, eenmaal per week een aantal dossiers controleren is onvoldoende. De AIOS hanteerde een te snel opbouw schema van een geneesmiddel Lamotrigine waardoor er zich een maligne hyperthermie ontwikkelde.

06-01-2011; Kinderarts-neonatoloog laat een AIOS onder supervisie een navelvene katheter plaatsen maar kijkt alleen naar de eerste controle foto, de katheter moest nog iets opgeschoven worden, maar controleert daarna niet meer. Het kindje overlijdt aan een harttamponade. Supervisie dient er voortdurend te zijn bij onvoldoende ervaring.

26-07-2011; Als opleider ben je ook verantwoordelijk voor de inhoud van een brief als je deze mede ondertekent en met ondertekening aanvaard je de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid. Een internist tekende routinematig een brief van een AIOS.

29-05-2012; Verwijt aan een radioloog dat hij slecht meekeek met een echografie en niet zelf de echokop hanteerde bij een onervaren AIOS en onvoldoende de verslaglegging van de AIOS controleerde. Anders dan bij een foto of een CT scan is de echografie een dynamisch onderzoek en daarom lastig een door een ander gemaakt echografie te beoordelen.

¹ Sdu Wetten verzameling gezondheidsrecht 2012-2013
² Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
³ Burgerlijkwetboek Boek 7 (wet geneeskundige behandelingsovereenkomst)

Verantwoordelijkheidsverdeling in de opleiding Ziekenhuisstages

AIOS	Opleider
Zelfstandig bevoegd patiëntenzorg te leveren. Verantwoordelijk eigen medisch handelen mits voldoende bekwaam ⁴ . Dit beoordeelt AIOS zelf. Bij onvoldoende bekwaamheid of bij twijfel dient opleider dit direct te vernemen. Gebeurt dit niet, dan is AIOS (mede) verantwoordelijk. Bij onvoldoende bekwaamheid noodzaak tot directe supervisie gedurende de hele handeling.	Obv behandelingsovereenkomst verantwoordelijk voor patiënt. Eindverantwoordelijk voor geleverde zorg door AIOS. Opleider moet altijd voor AIOS bereikbaar en beschikbaar zijn voor consultatie, overleg of desgevraagd de situatie ter plekke kan beoordelen, of heeft gezorgd voor adequate vervanging.
Verantwoordelijk naar de opleiding toe om kennis en vaardigheden, en daarmee bekwaamheid te vergroten. Dit gebeurt met het individueel opleidingsprogramma en wordt bijgehouden in het ontwikkelingsdossier ⁵ . Hiermee kan opleider nagaan in welke fase van zelfstandigheid, vaardigheid en bekwaamheid AIOS zich bevindt.	Opleider in tuchtrechtelijke zin niet verantwoordelijk voor individuele fout van AIOS in patiëntenzorg mits aan volgende voorwaarden is voldaan door de opleider: • Moet overtuigd zijn dat AIOS bekwaam is voor aan AIOS gedelegeerde zorg. • Moet achteraf beoordelen of zorg adequaat was. • Moet zich vergewissen of AIOS in staat is om goed in te schatten wanneer AIOS opleider moet consulteren.

Bij ziekenhuisstages heeft AIOS verschillende opleiders en superviserende artsen. *De Modelinstructie arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist*⁴ geeft invulling aan verplichting van ziekenhuisorganisatie, conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen, te zorgen voor verantwoorde zorgverlening en bijbehorende randvoorwaarden.

In de instructie staan aanvullende bepalingen waaraan AIOS moet voldoen en verplichtingen van zorginstelling, opleider en superviserende artsen, Zo dient AIOS te ontvangen:

- Taak-functie omschrijving
 - Verwijzing naar protocollen en richtlijnen⁵ van betreffend specialisme
 - Verwijzing naar in het ziekenhuis geldende regelingen waaraan AIOS zich moet conformeren
 - Overzicht verplichte gezamenlijke besprekingen met medisch specialisten bij zorgverlening betrokken.
- Er dient overleg te zijn met behandelend specialist wie welke informatie aan patiënt verteld. De AIOS dient onverwijld superviserende arts op de hoogte te stellen bij iedere gebeurtenis die tot schadelijk gevolg voor patiënt heeft geleid (MIP, FONA, FOBO melding⁶). Ook overleden patiënten worden gemeld aan superviserende arts.⁷

Aanvullende verantwoordelijkheden opleiders in Modelinstructie⁸ oa:

- Periodiek overleg welke handelingen AIOS zelfstandig kan uitvoeren obv stadium opleiding

- Concrete bekwaamheid en opleidingseisen van CHVG.
- Opleider of supervisor zorgt voor noodzakelijke begeleiding, dan wel voert opdracht zelf uit als opdracht de bekwaamheid AIOS te boven gaat
- Opleider of supervisor altijd beschikbaar voor overleg en aanwezigheid in ziekenhuis als AIOS daar expliciet om verzoekt.
- Opleider of supervisor zorgt voor kennis van de toestand door AIOS behandelde patiënten.
- Altijd voor AIOS bereikbaar en beschikbaar voor consultatie, overleg of desgevraagd de situatie ter plekke kan beoordelen, of heeft gezorgd voor adequate vervanging. Bij onvoldoende bekwaamheid moet er sprake zijn van directe supervisie gedurende de hele handeling.

Huisartsenpost

Bij het werken op de huisartsenpost is er de **Leidraad**⁹ met diverse adviezen en de checklist zelfstandig dienstdoen. Aanvullende richtlijnen uit **Leidraad** tbv huisartsenpost: oa dat opleider zich vergewist dat kwaliteit van de organisatie op huisartsenpost zo is dat AIOS in staat kan worden geacht adequate patiëntenzorg te leveren.

Conclusie

Om het opleidingsproces goed te laten verlopen, gaat het dus uiteindelijk om bevoegdheid en bekwaamheidinschatting, een heldere taak- en verantwoordelijkheidsverdeling en een duidelijke communicatie bij zowel de AIOS als de opleider. 

⁴ Modelinstructie arts al dan niet in opleiding tot (medisch) specialist werkzaam in ziekenhuizen, Utrecht september 2006
⁵ Het Tuchtrecht acht het aanwezig zijn van protocollen en richtlijnen voor AIOS belangrijk; RTG Eindhoven 02-11-10, het niet aanwezig zijn van een protocol was disculperende voor de AIOS)
⁶ MIP: meldingscommissie Incidenten in de zorg, FONA: Fouten, Ongevallen en Near Accidents, FOBO: Fouten Ongevallen en Bijna ongevallen
⁷ Zie verder de Modelinstructie
⁸ Zie voor volledigheid de Modelinstructie

⁹ AIOS op de huisartsenpost, leidraad voor het leren dienstdoen, herziene versie, oktober 2011

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Wanneer is samenwerking in de zorg voldoende?

Slechte samenwerking tussen collega-artsen, problemen tussen arts en assistente of opleider en aios kunnen tot een hoop irritatie en slapeloze nachten leiden met bederf van werkplezier tot gevolg. Als het ook nog de professionele werkhouding en communicatie verstoort, kunnen er slachtoffers vallen, zoals recent weer is gebleken bij de sterfgevallen in het Maaslandziekenhuis te Rotterdam door een langdurig aanwezige resistente Klebsiella bacterie, onder andere door slechte communicatie tussen afdelingen. Het kan echter overal mis gaan als de samenwerking, door welke oorzaak dan ook, te wensen overlaat. Ter illustratie, een klein overzicht uit de tuchtrechtelijke jurisprudentie met als doel te leren van het verleden en te begrijpen waarom samenwerking beter moet en kan en hoe het verleden ons daarbij kan helpen.

Tuchtrechtelijke jurisprudentie

In 1994 overleed een tweeling in het ziekenhuis door slecht samenwerkende gynaecologen die zowel intern als extern nauwelijks communiceerden¹. In 1995 overleed een vrouw aan de complicaties van een gynaecologische operatie in het ziekenhuis door slechte overdracht en slechte verhoudingen binnen een gynaecologen maatschap². In 2004 overleed een patiënt aan een gemist hartinfarct doordat een doktersassistente, tegen het protocol in, zelfstandig een pijn-op-de-borst-klacht afhandelde zonder overleg met de huisarts³.

In 2005 overleed er een patiënt door 4 achtereenvolgende fouten van verpleegkundigen in de post operatieve pijnstilling door gebrek aan controle⁴. Check en dubbel check was het advies van de tuchtrechter. In 2005 overleed er baby aan meningococcensepsis door onvoldoende overdracht en herhaaldelijke triage op de huisartsenpost⁵. Er kwamen richtlijnen hoe om te gaan met herhaalde hulpvragen. In 2005 overleed een man ten gevolge van een hartinfarct doordat de huisarts van de huisartsenpost de getriageerde diagnose acuut coronair syndroom zonder deugdelijk onderzoek verliet⁶. Het advies was: verlaat nooit een diagnose zonder deugdelijk onderzoek, maar in een

andere uitspraak was het advies om niet klakkeloos op de voorgaande diagnose te varen bij een herhaalde hulpvraag, zonder eigen onderzoek⁷.

In 2008 overleed er een patiëntje met spina bifida na een KNO-ingreep. Het centraal tuchtcollege stelde naar aanleiding daarvan regels op voor een hoofdbehandelaar⁸. De belangrijkste waren regie houden, voor tijdens en na de operatie, en centraal aanspreekpunt zijn voor de patiënt en diens familie. In 2010 overleed een baby na een gemiste uterusruptuur door ruzie en onprofessioneel gedrag tussen een verloskundige en een gynaecoloog⁹. Ruzie mag, maar de zorg mag er onder geen enkele voorwaarden onder lijden. Verder is er een breed scala aan uitspraken waarbij de samenwerking te wensen overlaat. Opleiders laten te veel verantwoordelijk bij de aios en geven onvoldoende supervisie¹⁰. In de verticale verantwoordelijkheidsverdeling laten artsen teveel aan verpleegkundigen over¹¹.

Nieuwe realiteit

Er zijn toenemende veranderingen in de zorg door nieuwe samenwerkingsverbanden zoals hoeden, huisartsenposten, coöperaties van zorg, zorggroepen, maar ook nieuwe zorgverleners, zoals praktijkondersteuners, nurse practitioners en physician assistants met de daarmee samenhangende veranderende verantwoordelijkheidsverdelingen en taakherschikkingen. Hoe zit het met de verticale verantwoordelijkheid en horizontale verantwoordelijkheid, wie is hoofdbehandelaar en bestaat deze rol nog? Vanuit de psychologie weten we dat hoe meer mensen er betrokken zijn, hoe minder het persoonlijke verantwoordelijkheidsgevoel en hoe meer je aan je hoofd hebt, hoe minder de aandacht voor andere zaken.

KNMG

In 2010 heeft de KNMG, met ander beroepsorganisaties¹², een **Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg** uitgegeven om tot een betere

samenwerking te komen. Deze handreiking zal in 2013 geëvalueerd worden en waarschijnlijk gaan gelden als toetsingsinstrument voor de kwaliteit van samenwerking in de zorg.

Checklist Handreiking

Checklist met 13 concrete aandachtspunten bij afspraken over verantwoordelijkheden.

- Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:
 - het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
 - de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
 - belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator). Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.
- Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt.
- Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.
- Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.
- Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.
- Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.
- Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.
- In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.
- Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.
- Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).
- De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.
- Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.
- Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:
 - naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;
 - incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;
 - een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.

¹ RTC Eindhoven 12-09-1994

² RTC Amsterdam 23-10-1995

³ CTG 01-02-2005

⁴ RTC Amsterdam 03-01-2006

⁵ CTG 30-05-2006

⁶ RTC Zwolle 14 december 2006

⁷ CTG 31-08-2006

⁸ CTG 01-04-2008

⁹ RTC Amsterdam 07-06-2011

¹⁰ CTG 13 april 2010, CTG 06-01-2011, CTG 06-01-2011, CTG 26-07-2011

¹¹ CTG 22-07-2010

¹² V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Dwang en drang in de geneeskunde?

‘Wat heb ik nou met dwangbehandeling te maken’, zal menig huisarts denken. ‘Dat is toch voor Bopz instellingen?’ Maar een alarmmatje voor een onrustige patiënt, een beetje sedatie omdat anderen last hebben van een roepende patiënte in een verzorgingshuis of een bedhekje; je wordt wel gevraagd even een briefje te tekenen of om een receptje te schrijven. Is er samenloop, overlap of aanvulling tussen deze twee wetten?

Tot zover lijkt de scheiding duidelijk, maar er vinden ook vrijwillige opnames plaats in een Bopz instelling en Bopz opgenomen patiënten worden ook wel eens gewoon ziek in de zin van een pneumonie of lijden tevens aan een chronische ziekte zoals diabetes. Daarnaast zien we via een artikel 60 indicatie¹ dat verzorgingshuizen een Bopz afdeling creëren in het verzorgingshuis. Dit kan tot verwarrende situaties leiden.

	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst	Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
	WGBO	Bopz
Wat is het?	Wet op geneeskundige behandelingsovereenkomst, een onderdeel van het burgerlijk wetboek, boek 7. Regelt alle verrichtingen (handelingen) rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon, ongeacht waar (denk aan de wandelende internist in Nepal)	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. In die zin een speciale wet die boven een algemene wet gaat (zoals de WGBO). Deze wet is niet bepaald door handelingen maar door een combinatie van een bepaalde categorie instelling en de criteria voor dwangopneming
Voorwaarden dwangbehandeling, vrijheidsbeperking	Zowel bij somatische als psychische behandelingen. De dwangbehandeling mag de facto niet leiden tot vrijheidsbeneming	Ter genezing of wegneming van de stoornis waardoor de patiënt gevaar veroorzaakt. Er mogen dan middelen en maatregelen ¹ gebruikt worden
	Alleen bij wilsonbekwame patiënten met toestemming van de vertegenwoordiger of obv inschatting ‘goed hulpverlenerschap’ door hulpverlener	Zowel wilsbekwame als wilsonbekwame patiënten
	Alleen bij kennelijk ernstig nadeel voor patiënt zelf ² onvermijdelijk om lichamelijk lijden te verhelpen of te voorkomen	Ook voor nadeel (gevaar) voor anderen
	Beschreven en verantwoord in het behandelplan van de patiënt	
	Regelmatig noodzaak tot continuering beoordelen	

¹ Afzondering, Separatie, fixatie, dwang voeding en dwang medicatie, gebonden aan voorschriften. Daarnaast zijn er huisregels mogelijk om het gedrag binnen de perken te houden.

² WGBO gaat i.t.t. Bopz niet over belangen van anderen, maar erkenning van dit belang kan in praktijk onvermijdelijk zijn. Het is aan de arts om dit te beoordelen naar de omstandigheden van het geval en dit goed te onderbouwen en documenteren.

Als de Bopz geldt, dan kan de WGBO ook nog gelden, bijvoorbeeld in de Bopz staat niets over de informatieplicht, maar dan geldt dat nog wel volgens de WGBO. Dus alle Bopz opgenomen patiënten hebben recht op informatie conform de WGBO en alle andere rechten die voortvloeien uit de WGBO.

Lastiger wordt het als een diabetes patiënt, opgenomen volgens de wet Bopz vanwege een waanstoornis waardoor hij een gevaar voor anderen vormde, ontregeld raakt en niet behandeld wil worden voor zijn hypoglycaemie (door die zelfde waanstoornis). Volgens de Bopz mag er alleen dwangbehandeling toegepast worden die ter genezing of wegneming van de stoornis waarvoor hij een gevaar vormde, en dat was niet zijn diabetes.

En mag je nu een bedhekje plaatsten bij een onrustige patiënt in een verzorgingshuis, of sederen in verband met hinderlijk roepen waar andere bewoners last van hebben?

Dus wat te doen?

We laten nu de wet Bopz voor wat hij is en beperken ons tot situaties van vrijheidsbeperkingen onder de vlag van de WGBO. Er zijn twee situaties te onderscheiden, een vrijwillige opname in een instelling op grond van de wet Bopz en ambulante hulpverlening enerzijds of hulpverlening in de thuissituatie of in een instelling niet op grond van de wet Bopz (bv. verzorgingshuis) anderzijds. De volgens de Bopz opgenomen patiënt, die insuline

weigert, mogen we dus op grond van de WGBO kortdurend vastpakken om zijn insuline toe te dienen, ondanks verzet. Als betrokkene wilsonbekwaam is, moet zijn vertegenwoordiger toestemming geven. Als die er niet is, mag de hulpverlener dat op basis van goed hulpverlenerschap.

Een bedhekje mag, mits tijdelijk, om erger te voorkomen. Noteren in dossier of behandelplan (dagelijks na de handeling). Een alarmmatje bij een onrustige patiënt mag, zolang het niet tot vrijheidsbeneming leidt. Bij het sederen van een patiënt omdat anderen er last van hebben, is het lastiger en zal er beoordeeld moeten worden naar de omstandigheden van het geval. Maar als de betreffende patiënt wilsbekwaam is, er zelf geen last van heeft en zich verzet tegen sedatie, zal er toch echt een Bopz verklaring moeten komen, wil de behandeling van de stoornis waaruit het gevaar (last) voor anderen voortvloeit (het roepen) met dwang behandeld kunnen worden.

Literatuur

- Sdu Wettenverzameling gezondheidsrecht.
- De verhouding tussen de WGBO en de wet Bopz, mr. J. Legemaate, Tijdschrift voor gezondheidsrecht, 2004/7.
- Bopz, de samenhang tussen de WGBO en de wet Bopz, praktijkreeks 6, mr T.E. Stikker, 2003.
- Handboeken gezondheidsrecht. 



Gezondheidsrechtelijke kwesties

Hoe heilig is het beroepsgeheim nog in de toekomst?

In juli van dit jaar was er veel ophef over het medisch dossier van Tristan van der V. 'de schutter van Alphen aan de Rijn' die 7 doden op zijn geweten heeft.

In korte tijd waren er diverse berichten in krant of op internet te vinden, hieronder een samenvatting:

Minister Edith Schippers van VWS gaat bekijken of het medisch beroepsgeheim heilig moet blijven of niet. De KNMG vindt niet dat er soepeler met het medisch beroepsgeheim moet worden omgegaan. GGZ Rijnstreek verstrekke het dossier van Tristan van der V. niet aan justitie.

12-07-2011 GGZ Nederland werkt aan een branchecode omtrent uitzonderingen beroepsgeheim Dit is ook het geval bij de zaak rondom Tristan van der V., die in behandeling is geweest bij Rivierduinen. In een reactie zegt Rivierduinen hier het volgende over:

'Voor de ggz weegt het medisch beroepsgeheim zwaar. Daarom zijn er vanuit de KNMG hier strikte landelijke richtlijnen over opgesteld. Deze richtlijnen voorzien in een afweging tussen maatschappelijk en individueel belang. Het opvragen van het dossier door het OM behoeft altijd een uitspraak van de rechter. Door de Officier van Justitie is gevraagd om het medisch dossier ter beschikking te stellen: Wij hebben daarbij gewezen op de wettelijke procedure. Dit heeft geen vervolg gehad.'

Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 14/07/11, Volkskrant:

'Beroepsgeheim psychiater dient ook het maatschappelijk belang' Anders dan wordt gesuggereerd staat het beroepsgeheim de medisch specialist niet in de weg om te melden wanneer er acuut gevaar is voor patiënt of omgeving. Er bestaan heldere richtlijnen, onder meer van de KNMG, voor het doorbreken van het beroepsgeheim. De beroepscode voor psychiaters van de NVvP onderschrijft deze richtlijnen. Wel vraagt iedere specifieke patiënt en situatie om een eigen afweging. Het is dus niet mogelijk dit te protocolleren.

Het beroepsgeheim is een groot goed en dient zowel een individueel als een maatschappelijk belang, iedereen moet er op kunnen vertrouwen dat wat er bij een arts besproken wordt, geheim blijft en dat dat geen gevolgen kan hebben richting derden, ook niet naar politie en justitie.

Wellicht is het verhelderend om het beroepsgeheim hieronder nog eens toe te lichten en te laten zien dat er nu al voldoende mogelijkheden zijn om er op een zorgvuldige wijze mee om te gaan. Het beroepsgeheim bestaat uit de zwijgplicht en het verschoningsrecht. De zwijgplicht houdt in dat er ten opzichte van een ieder gezwezen wordt over alle informatie van de patiënt en het verschoningsrecht houdt in dat er ook ten overstaan van de rechter gezwezen mag worden over alle informatie van de patiënt. Hierdoor heeft de arts ook geen aangifteplicht van een gepleegd ernstig misdrijf, zoals iedere burger dat wel heeft, als hij dat via de uitoefening van zijn beroep te weten komt. Ook kan er geen inbeslagname van het dossier van de patiënt bij de arts plaatsvinden zonder toestemming behoudens zeer uitzonderlijke gevallen (bijvoorbeeld als de arts zelf dader is, of zaken van zeer uitzonderlijk maatschappelijk belang).

Doorbreking beroepsgeheim

Hoofregel bij gegevensverstrekking aan derden: gerichte toestemming van de patiënt of diens vertegenwoordiger is vereist, tenzij:

Wanneer mag je als arts nu wel het beroepsgeheim doorbreken*	
Situatie	Voorbeelden
Wettelijke plicht tot verstrekking	Melding bepaalde infectieziekten aan GGD Afgeven verklaring van overlijden door behandelend arts aan ambtenaar van burgerlijke stand Melding aangetoonde beroepsziekten door bedrijfsarts aan Nederlands Centrum voor beroepsziekten Verstrekken van aantal declaratiegegevens aan ziekenfonds of zorgverzekeraar (eventueel via ziekenhuis)

Verstrekking aan 'functionele eenheid' rechtstreeks bij uitvoering van behandelingsovereenkomst betrokken	Collega dienstdoende huisarts, behandelend huisarts, hulpverlener(s) naar wie wordt verwezen, verpleegkundige, doktersassistent, triagist, secretaresse
Vervanger van behandelend arts	
Verstrekking aan wettelijke vertegenwoordiger of gemachtigde, tenzij strijdig met 'zorg van goed hulpverlener'	Vertrouwelijke informatie over voorschrijven anticonceptie of abortusverzoek door minderjarige patiënt (leeftijdscategorie tussen 12-16 jaar*). Of verslaglegging in dossier van door een kind gemelde mishandeling door ouder(s)
Ten behoeve van verweer in klacht-, tucht-, civiele en strafprocedure	In geval van een claim tegen de arts, kan patiënt gegevensverstrekking aan beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar weigeren, waarbij consequenties van die weigering, zoals het niet of moeilijk kunnen beoordelen van de klacht of claim, uiteraard voor de patiënt zelf zijn
Situaties waarbij arts in opdracht van een derde onderzoek doet en advies of rapportage afgeeft	Keuringsrapport; keurling heeft recht op eerste kennisneming rapport en beslissing of anderen dit mogen ontvangen met eventuele consequenties daarvan voor keurling (zie art. 464 WGBO)
Gebruikmaking van gegevens voor wetenschappelijk onderzoek, maar alleen in uitzonderlijke situaties	(zie art. 458 WGBO)
Conflict van plichten Als de arts zelf in de problemen komt omdat hij of zij in tweestrijd staat tussen enerzijds het beroepsgeheim nakomen maar anderzijds schade aan een ander voorkomen	Een relatie waarbij de ene partner een geslachtsziekte heeft maar het niet aan de andere wil vertellen, maar die ander wel mogelijk besmet heeft of de situatie dat iemand op het spreekuur aangeeft dat hij van plan is een moord te plegen of aangeeft een schietincident zoals bij Tristan V. te ondernemen

Conflict van plichten situatie

Voor deze situaties heeft de eerste hoogleraar gezondheidsrecht Leenen een aantal criteria opgesteld waaraan voldaan moet worden wil je het beroepsgeheim kunnen doorbreken, bijvoorbeeld naar de politie. Te gebruiken (cumulatieve) criteria bij de beoordeling of sprake is van een 'conflict van plichten'- situatie (Prof. dr. H.J.J. Leenen):

1. alles is in het werk gesteld om eerst toestemming van betrokkene(n) te krijgen (of deze ervan te overtuigen zelf het probleem op te lossen of hulp daarbij te zoeken) en

2. de hulpverlener verkeert in gewetensnood door het handhaven van de zwijgplicht en
3. er is geen andere weg dan doorbreking van het geheim om het probleem op te lossen en
4. het niet-doorbreken van het geheim levert voor een ander ernstige schade op en
5. het moet vrijwel zeker zijn, dat door de geheim-doorbreking die schade aan de ander kan worden voorkomen of beperkt en
6. het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.

De arts doet er verstandig aan de overwegingen die hij maakt ten aanzien van het doorbreken van zijn beroepsgeheim te noteren in het dossier. De betrokkene(n) wordt (worden) zo mogelijk geïnformeerd over de geheimdoorbreking. Uit de jurisprudentie is nog een 7^e criterium af te leiden; Overleg met een collega. Het kan zijn dat je als arts zo in het conflict van plichten zit dat je de verkeerde beslissing neemt.

Al met al voldoende mogelijkheden om een juiste afweging te maken omtrent het beroepsgeheim en het al dan niet doorbreken ervan. Minister Schippers kan haar aandacht beter op andere, voor huisarts belangrijkere zaken, richten.

Gegevensverstrekking na overlijden patiënt
Hoofregel: ook na de dood geen verstrekking of inzage tenzij:

1. een wettelijke bepaling daartoe verplicht. Voorbeeld: inzage aan de inspecteur voor de Gezondheidszorg ingevolge artikel 63lid 4 wet BOPZ, of de wet op de lijkbezorging (A en B formulier)
2. veronderstelde toestemming. Daarvoor is nodig een reconstructie van de wil van de overledene: zou deze in het concrete geval toestemming hebben gegeven? Voorbeeld van veronderstelde toestemming: inzage dossier door nabestaande(n) vanwege een erfelijke ziekte of een klacht waarbij geen problemen bij de arts bekend waren tussen nabestaande(n) en overledene bij leven. Bij twijfel over de wil van de overledene dient het dossier gesloten te blijven (tenzij eventueel:)
3. 'conflict van plichten' situatie (af te wegen aan de hand van bovenstaande criteria). Het moet dan gaan om zéér zwaarwegende belangen van derden. Voorbeeld: inzage in dossiergegevens door nabestaanden welke informatie geven die voor hen van zeer groot belang zijn en op geen enkele andere wijze verkregen kunnen worden. Inzage vanwege zuiver emotionele belangen zoals rouwverwerking is volgende de rechter onvoldoende grond. Het zal daarbij bijvoorbeeld ook moeten gaan om het indienen van een klacht of een claim. ☹️

1 Overzicht beroepsgeheim van de hulpverlener(uit de KNMG richtlijn online contacten)
2 Zie Op een lijn 39, 1^e uitgave 2011

Gezondheidsrechtelijke kwesties

Mag een arts een patiënt weigeren of uit de praktijk zetten?

Vorig jaar haalde het AZM de voorpagina met het weigeren van een patiënt op basis van de postcode.¹ Een patiënt wordt verliefd op de dokter, of anders om.² Een boze huisarts had het wel gehad met een patiënte en duwde het bijeengeraapte dossier door de brievenbus met de mededeling dat ze haar heil maar ergens anders moest zoeken.³ Een hoog in de bergen van Nepal wandelende dokter dacht dat het tuchtrecht daar niet van toepassing was en koos voor douchen in plaats van behandelen.⁴

Kan dat zomaar een patiënt weigeren? Hoe te handelen als de verliefdheid toeslaat? Een behandelrelatie beëindigen door het dossier in de brievenbus te stoppen? De behandelrelatie niet aangaan?

Wat zijn de regels en hoe gaan we er zorgvuldig mee om? In de wet staat niet veel, “de hulpverlener kan, behoudens **gewichtige** redenen, de behandelingsovereenkomst niet opzeggen”⁵, over niet-aangaan van de behandelings-overeenkomst staat niets.

Wat precies gewichtige redenen zijn zullen we dus uit de jurisprudentie moeten distilleren. Gelukkig heeft de KNMG een richtlijn die er overgaat.

Wanneer is er nu sprake van een behandelingsovereenkomst? Een behandelingsovereenkomst in de zin van de WGBO is een overeenkomst, waarbij de hulpverlener zich tegenover de patiënt verbindt tot het verrichten van geneeskundige handelingen die **rechtstreeks** op die patiënt betrekking hebben.⁶

Dus gericht op het individu, door een algemeen advies (bijvoorbeeld op een website) komt geen behandelings-overeenkomst tot stand.

Concreet als een patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger zich tot de hulpverlener wendt met een concrete

hulpvraag gericht op zijn gezondheidssituatie en de hulpverlener vervolgens op deze vraag ingaat, is er sprake van een behandelingsovereenkomst. Er kan echter al sprake zijn van een voorfase van behandelingsovereenkomst bij wachten in de wachtkamer of bij ongevraagde noodhulp op straat.

Begrip gewichtige redenen en zorgvuldigheidseisen voor de arts

Als je een behandelingsovereenkomst niet aan wil gaan zijn er voor de arts drie gewichtige redenen:

- De professionele verantwoordelijkheid** weerhoudt de arts ervan een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënt aan te gaan.
Dit geldt als er zaken gevraagd worden die niet tot je vakgebied horen, of behandeling van familie en bekenden, of bij gewetensbezwaren van de arts bij zaken zoals euthanasie.
- Eerdere ervaringen van de arts** met de patiënt zijn aanleiding voor de arts geen behandelingsovereenkomst aan te gaan vanwege het ontbreken van een (voldoende) vertrouwensbasis.
Het moet hierbij wel gaan om eigen ervaringen dus niet van horen zeggen of ervaringen van anderen.
- De arts heeft een **aanmerkelijk belang** bij het niet aangaan van de behandelingsovereenkomst, en wel een groter belang dan het belang van de patiënt bij het aangaan van de overeenkomst. Dit kan gelden bij een bepaalde praktijk grootte, of op basis van geografie. Hierbij mag niet worden gediscrimineerd. Naast deze gewichtige redenen zal men zich aan **zorgvuldigheidseisen** moeten houden, zoals het met de patiënt **overleggen** en **motiveren** van de reden van het niet aangaan van de behandelingsovereenkomst. Daarnaast het eventueel verstrekken van gegevens of dossiers die al zijn toegezonden.

In **noodsituaties** zal men altijd hulp moeten verlenen. Als je een al bestaande behandelingsovereenkomst wil beëindigen zijn er voor de arts vier gewichtige redenen:

- Bij onheus of agressief gedrag** van de patiënt tegen de arts of andere medewerkers van de praktijk.
Het moet gaan om grensoverschrijdend gedrag of een ernstig conflict, niet eenmalig, en niet door een ziekte waaraan de patiënt lijdt.
- De patiënt **weigert aan de behandeling mee te werken**.
Het gaat om het achter houden van informatie met ernstige consequenties, het niet nemen van medicatie terwijl dit wel geïndiceerd en afgesproken is.
Het geldt weer niet bij een second opinion⁷, en ook niet bij onderbreken van de behandeling in verband met vakantie.⁸
- Als de patiënt voortdurend **weigert om de rekening te betalen**.
- Ook hier weer het **aanmerkelijk belang van de arts**.
Het gaat dan om persoonlijke gevoelens, als je verliefd bent op de patiënt of andersom⁹, gewetensbezwaren, arbeidsongeschiktheid van de arts, bij een tuchtmaatregel, als je met pensioen gaat, als de patiënt verhuist buiten de geografie van de praktijk, of bij negatieve uitlatingen van de patiënt over de arts of zijn team.

Ook hier weer een aantal zorgvuldigheidseisen waaraan men daarnaast moet voldoen:

Bij A, B en C,

- Herhaaldelijk aandringen en waarschuwen
- Een redelijke termijn van beëindiging aanhouden
- En tot er een andere arts is gevonden is voortzetten van de medische hulp noodzakelijk.

Bij D,

- Tijdig inlichten en hulp bieden bij het vinden voor een andere hulpverlener, mag ook een waarnemer zijn als het een tijdelijke situatie is
- Ook hier is voortzetten van de medische hulp noodzakelijk tot er een nieuwe arts is gevonden.

Bij A,B, C en D

- Het dossier overdragen
- Zorgvuldig dossier beheer (niet achter houden als dwangmiddel).

Beëindiging door patiënt en in goed overleg

De patiënt kan de behandelingsovereenkomst altijd opzeggen, zonder opgaaf van reden. In goed overleg kan de behandelingsovereenkomst ook beëindigd worden.

Maar ook bij beëindiging in goed overleg moet men zorgvuldigheidseisen in aanmerking nemen:

- Afspraken maken over beëindiging. Bij voorkeur schriftelijk, en in bepaalde gevallen de patiënt wijzen op nadelige gevolgen van stoppen behandeling¹⁰
- Bij nood hulp verlenen
- Overdragen van behandeling en dossier.

Als we dan de casus van het begin tegen deze spelregels aanhouden, komen we tot de volgende conclusies. Het AZM is niet **direct** helder wat de gewichtige reden van de Instelling is, en zeker zijn de zorgvuldigheidseisen naar de patiënten toe niet in acht genomen.

Bij de verliefde patiënt en of dokter is de gewichtige reden, het aanmerkelijk belang van de arts, en wel de persoonlijke gevoelens, de zorgvuldigheidsredenen dienen dan gevolgd te worden, met voor sommige beroepsgroepen, wat aangescherpte regels (psychologen, psychotherapeuten en psychiaters).

De boze huisarts is niet duidelijk in zijn gewichtige reden, ook wordt niet duidelijk of zijn belang boven dat van de patiënt gaat, aan de zorgvuldigheidseisen is zeker niet voldaan als het dossier in de brievenbus gaat.

Ook de in Nepal wandelende arts had nog professionele verantwoordelijkheid kunnen aanvoeren (iets doen waartoe je niet opgeleid bent) maar had dit eerst zelf moeten beoordelen en conform de zorgvuldigheidseisen moeten toelichten aan de betrokken patiënt. Dat het CTC het geen noodsituatie vond is te begrijpen, maar dit niet eerst zelf vast stellen en dan de zorgvuldigheidseisen in acht nemen niet. Met deze redelijk overzichtelijke gewichtige redenen en de beperkte zorgvuldigheidseisen, moet het voor elke beroepsbeoefenaar mogelijk zijn om behandelrelaties zorgvuldig aan te gaan én te beëindigen. 

1 NRC januari 2010
2 RTC Groningen 23 mei 2001
3 CTC 13 juli 2006
4 CTC 19 augustus 2010
5 Art. 7: 460 BW
6 Art. 7:446 BW

7 RTC Groningen 27-01-98
8 RTC Amsterdam 28-01-06
9 Voor sommige behandelaars, bv psychotherapeuten, ook weer niet te snel verliefdheid van patiënten aannemen, maar rekening houden met overdrachts gevoelens. RTC 's Gravenhagen 29-03-06

10 Uitspraak over behandelende artsen Sylvia Millecam RTC Amsterdam 07-04-06

Huisarts knel tussen wet en praktijk

WGBO en minderjarigen

Een niet met het gezag belaste ouder wil informatie over zijn minderjarige zoon. Hoe zat het ook al weer met scheidingen en gezag? Wie moet toestemming geven bij medische ingrepen bij een minderjarige? Ben je voor de WGBO eerder meerderjarig dan 18 jaar?

Zomaar wat vragen uit de praktijk waarbij een ieder de termen wel kent, maar hoe zit het nu precies?

Met de WGBO wordt de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst bedoeld, een onderdeel van het Burgerlijk Wetboek voor hulpverleners. Hierin is onder andere geregeld, hoe moet worden omgegaan met informatieverstrekking en met toestemmingsvereisten. Uitgangspunt is de autonomie van de patiënt, er moet toestemming gegeven worden voor de verrichtingen ter uitvoering van een behandeling. Voor minderjarigen heeft de WGBO een speciale regeling opgenomen waarbij de hulpverlener de leeftijdsgrenzen moet accepteren.

Bij gescheiden ouders die beiden het ouderlijk gezag hebben, is toestemming van één van de ouders voldoende. De ouder die het ouderlijk gezag heeft, is de wettelijke vertegenwoordiger van de minderjarige. Bij twijfel navragen of beide ouders het ouderlijk gezag hebben (min of meer standaard bij scheidingen tenzij door rechter uit de ouderlijke macht ontzet). Men kan eventueel het gezagsregister raadplegen maar de ouders weten zelf ook wie de ouderlijke macht heeft.

Als één van de ouders geen ouderlijk gezag heeft, mag en kan deze ouder geen toestemming geven voor onderzoek en behandeling. Deze ouder heeft wel recht op globale informatie over de gezondheidstoestand van het kind. Deze ouder heeft geen inzagerecht en de informatie wordt gegeven op zijn of haar verzoek. Er is dus geen actieve informatieplicht van de arts aan de niet gezaghebbende ouder.

<http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Van-wet-naar-praktijk-implementatie-van-de-WGBO-Deel-2.-Informatie-en-toestemming-2004.htm>

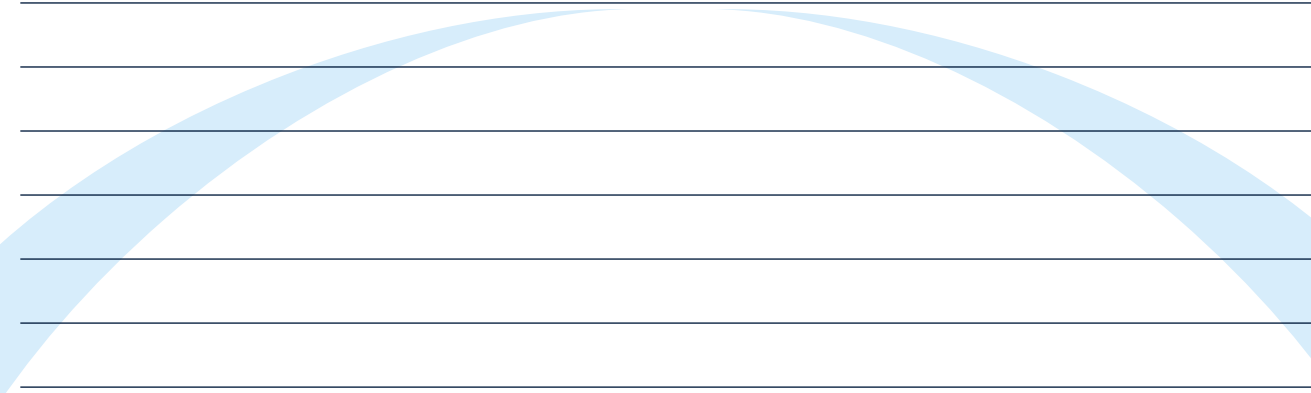
Kort samengevat gelden de volgende regels voor toestemming tot onderzoek en behandeling:

Doelgroep	Ouders of voogd	Het kind	Uitzonderingen
kinderen tot 12 jaar	toestemming van ouders of voogd vereist	hoeft zelf geen toestemming te geven maar heeft wel recht op informatie op een begrijpelijk niveau. Pas dus op met bv 'een slangetje in de neus' of 'een bloedmonster' wegens mogelijk andere associaties	Medisch dringend noodzakelijke handelingen waarbij de ouders of voogd geen toestemming geven (bv Jehova's getuigen en bloedtransfusie) waarbij medisch ingrijpen nodig is om ernstig gevaar voor de gezondheid van het kind af te wenden is een kindbeschermingsmaatregel, uit te spreken door een rechter, mogelijk. Bv onder toezichtstelling, voorlopige voogdij of benoemen bijzonder curator. Deze maatregelen kosten tijd; de hulpverlener hoeft in dringende situaties geen toestemming van de ouders, als het nakomen van die plicht niet in overeenstemming is met de zorg van een goed hulpverlener.
minderjarigen van 12-15 jaar	toestemming van ouders of voogd vereist	moet ook toestemming geven	1. Kans op ernstig nadeel; de hulpverlener kan volstaan met alleen toestemming van de jongere. Bv behandeling van een geslachtsziekte, of voorschrijven van de pil, of het geven van vaccinatie. Dan is er geen inlichtingsplicht aan de ouders en geen toestemming van de ouders nodig. 2. Weloverwogen wens; de hulpverlener kan de weigering van ouders/voogd negeren (bv bij abortus provocatus, of het geven een vaccinatie). In principe is hier wel overleg met ouders of voogd. Men kan kiezen niet te overleggen met ouders of voogd obv goed hulpverlener-schap (apart begrip in de WGBO: de hulpverlener hoort in overeenstemming met professionele standaard te handelen). Als ouders of voogd een behandeling willen en de jongere weigert, dan moet je nagaan of de jongere goed geïnformeerd is, zo niet dan zonodig aanvullend informeren. Bij blijvende weigering niet behandelen.
wilsonbekwame minderjarigen van 12-15	toestemming van ouders of voogd vereist	informatie geven aan de jongere op zijn of haar bevattingsvermogen vereist	Als ouders toestemming geven en jongere verzet zich, dan is behandeling toch mogelijk indien: 1. Het een verrichting van ingrijpende aard is én 2. De verrichting is kennelijk nodig om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.
minderjarige van 16 en 17	beroepsgeheim geldt ook tegenover hun vertegenwoordigers	zelfstandig recht op informatie. Moeten zelf toestemming geven. Voor de WGBO zijn ze meerderjarig!	
wilsonbekwame minderjarigen van 16 en 17	toestemming van ouders of voogd vereist		
Iedereen boven de 18 is meerderjarig	Zelfstandige rechten (tenzij bij wet beperkt zoals bij curatele of mentorschap) 		



[illegible]

Notities



Vakgroep Huisartsgeneeskunde FHML
Maastricht University
Postbus 616
6200 MD Maastricht
op1lijn@maastrichtuniversity.nl
www.huisartsgeneeskundemaastricht.nl
www.familymedicinemaastricht.nl



Based in Europe, focused on the world. Maastricht University is a stimulating environment. Where research and teaching are complementary. Where innovation is our focus. Where talent can flourish. A truly student oriented research university.