

VIII.02

Arts en klacht of geschil

Inhoudsopgave

1 Inleiding	3
2 Klachtrecht	5
3 Tuchtrect	8
4 Civiel recht	13
5 Strafrecht	17
6 Bestuursrecht	19
7 Geschillen met een collega of het ziekenhuis	21
8 Tips voor het omgaan met een klacht of claim	24
9 Literatuurlijst	25
10 Nog vragen?	26
11 Adressen van organisaties en instanties	27
Afkortingen	30
Noten	31

1 Inleiding

1.1 Waarom dit consult?

Aanleiding voor het schrijven van dit KNMG-consult¹ vormen de ontwikkelingen van de laatste jaren op het gebied van het klachten aansprakelijkheidsrecht. Daarbij moet met name gedacht worden aan de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ), de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ), de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Voor artsen die geconfronteerd worden met een klacht of claim van een patiënt, is niet eenvoudig te overzien om welke juridische procedure het dan gaat en hoe zij ondersteund kunnen worden voor een goed verweer. De klacht kan bijvoorbeeld gaan over communicatiestoornissen of bejegeningproblemen, onderwerpen die in de praktijk vaak de bekende druppel zijn voor het (alsnog) indienen van een klacht. Andere veel voorkomende klachten komen elders in dit consult aan de orde. Naast een klacht kan er ook sprake zijn van een claim. Rechtstreeks of via een advocaat wordt de arts dan aansprakelijk gesteld voor de gevolgen van een medische fout die hij² zou hebben gemaakt. Claims vallen onder het civiele recht. Daarnaast kan een arts ook geconfronteerd worden met het recht als hij een geschil heeft met zijn maatschap of met het ziekenhuis waar hij werkt. Dit kan gaan over een financiële regeling of over een collega die disfunctioneert en waarvan hij, andere collega's en patiënten schade kunnen ondervinden.

Met dit consult wordt gepoogd binnen de diverse relaties die een arts binnen zijn beroepsuitoefening heeft met zijn omgeving (patiënten, collega's, maatschap, ziekenhuisdirectie, etc.) een handzaam overzicht te bieden van de meest voorkomende juridische procedures. Dit consult heeft niet de pretentie volledig te zijn. Zo wordt bijvoorbeeld niet verder ingegaan op mogelijke arbeidsrechtelijke geschillen tussen de in dienstverband werkzame arts en zijn werkgever, met uitzondering van een beschrijving van de procedure van het Scheidsgerecht Gezondheidszorg (zie paragraaf 7.4). Vanaf deze plaats wordt gewezen op de dienstverlening vanuit de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) die aan leden op arbeidsrechtelijk terrein wordt geboden (relatie arts-werkgever). Ook wordt hier niet verder ingegaan op geschillen in de relatie tussen artsen en zorgverzekeraars, welke voorgelegd moeten worden aan de Commissie voor de Rechtspraak Zorgverzekering, tenzij bij het aangaan van de medewerkersovereenkomst arts-zorgverzekeraar anders is vastgelegd. Artsen die specifieke vragen hebben over deze materie kunnen zich uiteraard wel wenden tot hun beroepsvereniging of de KNMG. Zie voor adressen hoofdstuk 11.

1.2 Overzicht diverse klacht- en geschilleninstanties

Alle klacht- en geschilleninstanties die in deze brochure worden behandeld, kunnen ondergebracht worden in het publiek- of privaatrecht ofwel hebben aspecten van beide. In bijgaand overzicht is dat aangegeven. Beide rechtsgebieden hebben geheel eigen aspecten.

Overzicht diverse procedures/instanties met betrekking tot klacht of geschil en verwijzing naar de hoofdstukken in deze brochure waarin deze behandeld worden.

publiekrecht (overheid-arts)

- college van medisch toezicht (hoofdstuk 3.4)
- strafrechter (hoofdstuk 5)
- bestuursrechter (hoofdstuk 6)
- inspectie voor de gezondheidszorg (paragraaf 6.2)

publiek- én privaatrecht

- klachtencommissie (hoofdstuk 2)
- tuchcollege (hoofdstuk 3)
- interne KNMG-rechtspraak (paragraaf 7.2)

privaatrecht (patiënt-arts) (arts-arts)

- civiele rechter (hoofdstuk 4)
- Geschillencommissie Ziekenhuizen (paragraaf 4.4)
- arbitrage (paragraaf 7.3)
- Scheidsgerecht Gezondheidszorg (paragraaf 7.4)

Het publiekrecht regelt de relatie overheid-burger (gezagsverhouding) en het is in beginsel de overheid die het initiatief neemt tot het al dan niet in gang zetten van een procedure tegen de betrokkene(n). Het privaatrecht regelt de betrekking tussen burgers onderling (in beginsel gaat het uit van gelijkwaardigheid van partijen); het is de benadeelde partij die zelf het initiatief neemt om een procedure te starten. Samengevat staat in het publiekrecht het algemeen belang centraal (in de context van de gezondheidszorg kan genoemd worden het algemeen volksgezondheidsbelang) terwijl in het privaatrecht de individuele belangen van partijen op de voorgrond staan (met name gaat het dan om een individuele klacht of schadeclaim). Het tuchtrecht heeft echter aspecten van beide. Daarom is het in het overzicht in het midden geplaatst.

Zo zal het initiatief om een klacht voor te leggen aan het tuchtcollege doorgaans liggen bij de persoon die zich benadeeld voelt door het handelen van de arts (aspect van het privaatrecht). Of eventueel bij de inspectie als deze meent dat de tuchtnormen overschreden zijn en het algemeen belang bij de zaak in overwegende mate is betrokken (aspect publiekrecht). Voorts kan de tuchtrechter een maatregel opleggen aan de aangeklaagde arts (aspect publiekrecht).

In de hoofdstukken 2, 3 en 4 wordt beschreven wat de betekenis is van het klachtrecht, het tuchtrecht en het civiele recht. Klachten, fouten en claims kunnen doorgaans, als de klager dat wenst, aan meerdere instanties ter beoordeling worden voorgelegd (samenloop van procedures). Een klacht kan bijvoorbeeld worden voorgelegd aan een klachtencommissie en aan de tuchtrechter. En als er sprake is van schade, ook aan de civiele rechter.

Ter bescherming van de belangen van meerdere patiënten zal het in het algemeen de “overheid” zijn (inspecteur gezondheidszorg, College van Medisch Toezicht, strafrechter) die initiatieven neemt om aan het disfunctioneren van een arts of een instelling een halt toe te roepen. In de hoofdstukken 5 en 6 zal dit aan de orde komen. In hoofdstuk 7 zal worden ingegaan op een geschil dat een arts kan hebben met een collega of het ziekenhuis waar hij werkzaam is. Tevens zal in het kort aandacht worden besteed aan de problematiek rond (het vermoeden van) disfunctionerende artsen en een aantal initiatieven die ter zake zijn ingezet.

2 Klachtrecht

2.1 Inleiding

Binnen het klachtrecht of de klachtenopvang staat de genoegdoening van de individuele patiënt centraal. Andere doelstellingen van klachtenopvang zijn herstel van de hulpverleningsrelatie en kwaliteitsbevordering en -bewaking. Genoegdoening kan op diverse manieren plaatsvinden. Zo kunnen in een vroeg stadium, als er nog niet echt sprake is van een klacht, in een gesprek tussen arts en patiënt vragen of onduidelijkheden aan de orde gesteld worden. De patiënt kan zich daarbij eventueel laten ondersteunen door een onafhankelijke vertrouwenspersoon. Zo'n gesprek kan voorkómen dat zaken escaleren en klachten worden ingediend. Naast zo'n twee- of driegesprek kan ook een bemiddelingspoging door een onafhankelijke derde een goede oplossing bieden. De klacht kan ook ter beoordeling worden voorgelegd aan een klachtencommissie of, op een hoger niveau, aan de rechter (zie de hoofdstukken 3 en 4). In dit hoofdstuk komt de meer laagdrempelige klachtenopvang aan de orde, te weten bemiddeling (paragraaf 2.2) en klachtenbehandeling door een klachtencommissie (paragraaf 2.3).

De volgende voorbeelden laten zien met welke klachten een arts binnen het klachtrecht geconfronteerd kan worden. Patiënte wenst van huisarts te veranderen. Haar verzoek tot inschrijving in een andere praktijk wordt afgewezen om redenen die naar haar mening onjuist zijn. Omdat een gesprek met de nieuwe huisarts geen oplossing biedt, dient zij een klacht in bij de klachtencommissie van de Districts Huisartsen Vereniging.

Een ander voorbeeld betreft een patiënt die meent dat de specialist in het ziekenhuis niet zorgvuldig heeft gehandeld omdat hij geen behoorlijk lichamelijk onderzoek heeft gedaan. De patiënt vindt dat de specialist ook een röntgenonderzoek had moeten laten verrichten en veel eerder had moeten verwijzen naar de chirurg. De patiënt wil zijn klachten voorleggen aan de klachtencommissie in het ziekenhuis.

Een laatste voorbeeld betreft een patiënte die, met het oog op een vakantie naar de tropen, door een GGD-arts is gevaccineerd. Zij vindt dat de arts haar onvoldoende heeft geïnformeerd over het vaccin en de mogelijke bijwerkingen en wil dat voorleggen aan de klachtencommissie van de GGD.

2.2 Conflictoplossing, ondersteuning en bemiddeling

Een patiënt die niet tevreden is over het handelen van de arts kan daarover een klacht indienen. De meest simpele en laagdrempelige oplossing is uiteraard dat de patiënt de klacht met de betrokken arts bespreekt. Dus dat patiënt en arts proberen de klacht of het geschil gezamenlijk op te lossen in een of meerdere gesprekken (eerste niveau). Een open opstelling, goede communicatie en de wil van partijen om het geschil uit te praten en op te lossen zijn hierbij van groot belang. Met name uit kwaliteitsoogmerk en behoud van een goede arts-patiëntrelatie heeft deze mogelijkheid de voorkeur boven meer geformaliseerde vormen van klachtenopvang en -afhandeling. Conflictoplossing op dit (laagste) niveau is niet in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) geregeld. Dat betekent dat de patiënt of de arts geen verplichting kan worden opgelegd tot medewerking aan deze vorm van geschillenbeslechting. Vele klachtenreglementen, waaronder die van de KNMG (zie paragraaf 2.3) en de DHV'en, gaan er ook van uit dat de klacht bij voorkeur eerst wordt besproken tussen klager en aangeklaagde.

De patiënt kan er ook de voorkeur aan geven dat een onafhankelijke derde hem ondersteunt of dat een bemiddelaar wordt aangetrokken (tweede niveau). Deze persoon kan een patiëntenvertrouwenspersoon binnen de instelling zijn of een vergelijkbare functionaris. Met name in situaties waarin de patiënt zich erg kwetsbaar of onzeker voelt, of in een extra afhankelijke positie ten opzichte van de arts staat (bijvoorbeeld psychiatrische ziekenhuizen) kan ondersteuning of bemiddeling een goede oplossing bieden. Zo hebben veel DHV-klachtenregelingen voor huisartsen als uitgangspunt, dat het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) in de regio een taak heeft in de eerste opvang (informatie, advies en ondersteuning bij het gesprek met de arts) en voorzover mogelijk in de bemiddeling van de klacht, voorafgaande aan de schriftelijke indiening van een klacht bij de klachtencommissie. Alhoewel ondersteuning of bemiddeling niet wettelijk verplicht zijn, doet de arts er verstandig aan een voorstel of verzoek daartoe serieus te nemen. Mogelijk kan dan voorkómen worden dat belastende en langdurige procedures moeten worden gevoerd met een onbevredigender afloop. Naar verwachting zullen de onder paragraaf 2.1 genoemde voorbeelden niet (meer) aan een klachtencommissie hoeven voorgelegd te worden als de arts na het eerste signaal van onvrede het initiatief neemt danwel ingaat op het verzoek tot een gesprek met de patiënt.

2.3 Klachtenbehandeling

De patiënt kan ook besluiten zich (rechtstreeks) te wenden tot een klachtencommissie. Dit wordt ook wel aangeduid als het 'derde niveau'. Ook deze vorm van klachtenbehandeling heeft duidelijke kwaliteitsbewakende en -bevorderende aspecten, zoals het ontvangen van signalen om beter te kunnen inspelen op de behoeften van hulpvragers en het kunnen controleren en evalueren van reeds getroffen maatregelen. Dit past binnen de eisen van de nieuwe kwaliteitswetgeving, welke hulpverleners verplicht op systematische wijze de kwaliteit van zorg in stand te houden. Zie daarover uitvoeriger paragraaf 6.2. Ingevolge de WKCZ is de 'zorgaanbieder' sinds november 1995 verplicht een klachtenregeling te treffen. Hij dient daartoe een klachtencommissie in te stellen of zich bij een bestaande klachtencommissie aan te sluiten.

'Zorgaanbieder' ingevolge de WKCZ zijn diverse soorten instellingen en individuele vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Voorbeelden van de eerste categorie zijn de directie of het bestuur van een ziekenhuis, verpleeghuis, privé-kliniek, gezondheidscentrum, RIAGG en GGD. Voor de overige sectoren waarin sociaal-geneeskundigen (bedrijfsartsen en verzekeringsartsen) werkzaam zijn, is de WKCZ niet van toepassing. Alle medewerkers binnen de instelling en dus ook de artsen die in dienstverband binnen de instelling werkzaam zijn, vallen onder de klachtenregeling die de directie of het bestuur voor de gehele instelling treft.

Voorbeelden van de tweede categorie zijn huisartsen, vrijgevestigde (in de zin van 'niet in dienstverband werkzaam') medisch specialisten werkzaam in een ziekenhuis, vrijgevestigde artsen die anderszins werkzaam zijn, vrijgevestigde fysiotherapeuten, verloskundigen, apothekers en tandartsen.

Na de inwerkingtreding van de WKCZ hebben de huisartsen op DHV-niveau een klachtenregeling getroffen. Een groot aantal vrijgevestigde medisch specialisten heeft zich aangesloten bij de klachtencommissie in het ziekenhuis of de instelling.

Ook hebben sommige (groepen) artsen een eigen klachtenregeling opgezet, zoals de extramuraal werkende vrijgevestigde oogartsen, de antroposofische artsen, de GGD'en en de Thuiszorg. Als handreiking heeft de KNMG in 1998 een (bijgesteld) model-klachtenreglement gemaakt, de 'Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg' (zie de literatuurlijst). Ingevolge de Wet klachtrecht cliënten zorgsector moet de zorgaanbieder er immers op toezien, dat de klachtencommissie werkt volgens een klachtenreglement, waarin de samenstelling en werkwijze van de klachtencommissie zijn beschreven. Het KNMG modelreglement is al frequent gebruikt bij het opzetten van een klachtencommissie. Jaarlijks dient de zorgaanbieder een verslag aan de bevoegde regionale inspecteur voor de gezondheidszorg te zenden, waarin het aantal en de aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten wordt aangegeven (zie ook paragraaf 6.2).

Van belang is nog te melden dat sinds de inwerkingtreding van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector de inspectie geen taak meer heeft in de beoordeling van individuele klachten van patiënten, ook niet als 'hoger-beroepinstantie' in het geval de patiënt en/of de aangeklaagde arts niet tevreden zijn over de uitspraak of de wijze waarop de klacht door de klachtencommissie is behandeld. De taak van de inspectie omvat nu het houden van toezicht op de naleving van de wettelijke regels op het gebied van de volksgezondheid en het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg (zie verder hoofdstuk 6).

2.4 Procedure bij de klachtencommissie

In de WKCZ wordt een aantal algemene minimumeisen gesteld waaraan de klachtencommissie moet voldoen. De wet bepaalt dat de commissie uit minimaal ³ leden, waaronder een externe onafhankelijk voorzitter moet bestaan. Een lid dat op enigerlei wijze betrokken is geweest bij het ontstaan van de klacht, dient niet aan de behandeling deel te nemen. Als klager kunnen optreden de patiënt, zijn wettelijk vertegenwoordiger (ouders, voogd, mentor, etc.) of zijn zaakwaarnemer. De klacht kan ook worden ingediend als de patiënt al is overleden. De WKCZ formuleert een zeer ruime klachtgrond: geklaagd kan worden over 'een gedraging jegens de cliënt van de zorgaanbieder of een voor hem werkzame persoon'. Klager en aangeklaagde moeten mondeling of schriftelijk in de gelegenheid gesteld worden hun visie te laten horen. Het belangrijke rechtsprincipe van 'hoor en wederhoor' geldt ook binnen het klachtrecht. Klager en aangeklaagde kunnen zich laten bijstaan, bijvoorbeeld door een adviseur of een advocaat. Met betrekking tot het gebruikmaken van patiëntengegevens door de aangeklaagde kan als richtlijn³ gelden dat, indien een klacht wordt ingediend, daarmee de toestemming van de betrokkene om relevante gegevens aan de klachtencommissie te verstrekken, verondersteld mag worden voorzover de aangeklaagde arts zelf over die gegevens beschikt.

Zijn de gegevens inmiddels bij een andere arts terechtgekomen, dan zal deze de gegevens niet zonder toestemming van de patiënt aan de aangeklaagde arts of aan de klachteninstantie mogen verstrekken. Bij weigering van toestemming

van de patiënt zal de aangeklaagde arts niet voldoende in staat zijn verweer te voeren en zal het voor de klachtencommissie niet of nauwelijks mogelijk zijn om tot een gewogen oordeel te komen. De klachtencommissie zal naar verwachting de zaak dan niet verder in behandeling (kunnen) nemen. Het klachtenreglement biedt doorgaans ook de mogelijkheid om getuigen en deskundigen op te roepen. De commissie geeft binnen een in het klachtenreglement nader te bepalen termijn een oordeel over de gegrondheid van de klacht, en laat dat eventueel vergezeld gaan van één of meer aanbevelingen of adviezen aan de zorgaanbieder. Deze dient hierop doorgaans binnen een maand te reageren. Tenzij afspraken zijn gemaakt dat het oordeel van de klachtencommissie bindend is, is de zorgaanbieder vrij in het al dan niet overnemen van de bevindingen van de klachtencommissie.

Er is geen wettelijke mogelijkheid van hoger beroep tegen het oordeel van de klachtencommissie. In de praktijk is daar soms wel behoefte aan. De patiënt wil zijn klacht dan nog wel eens voorleggen aan de tuchtrechter; het tuchtrecht heeft echter een andere doelstelling (zie paragraaf 3.1).

Het kan zijn dat de klacht van de patiënt verweven is met een schadeclaim. Dit kan al blijken bij indiening van de klacht of later, tijdens de behandeling van de klacht door de klachtencommissie. Uit jurisprudentie is gebleken dat de klachtencommissie in genoemde situaties wel een (globaal) oordeel over de gegrondheid van de klacht moet geven, en niet kan volstaan met het verwijzen van de klager naar de verzekeraar. Echter, de commissie zal zich moeten onthouden van een beoordeling van de aansprakelijkheid. Daarover zal de verzekeraar een uitspraak moeten doen. In paragraaf 4.2 wordt hierop nader ingegaan.

Voor juridische en medisch-inhoudelijke advisering bij het verweer tegen een klacht, kunnen alle artsen die lid zijn van de KNMG gratis bij de KNMG terecht.

2.5 Klachtrecht voor onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten

Voor patiënten die vrijwillig worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis, een instelling voor verstandelijk gehandicapten of in een psychogeriatrisch verpleeghuis zijn de hierboven beschreven bepalingen in de WKCZ van toepassing. Voor patiënten die krachtens één van de maatregelen in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ) zijn opgenomen, geldt een aanvullend klachtrecht, opgenomen in artikel 41 van deze wet. Het betreft een afzonderlijke procedure bij klachten over: de beslissing dat de betreffende patiënt wilsonbekwaam is, het tegen de zin van betrokkene toepassen van een behandelingsplan (dwangbehandeling) of het niet toepassen van een overeengekomen behandelingsplan, dwangtoepassing ter afwending van een tijdelijke noodsituatie en het toepassen van vrijheidsbeperkingen. De klacht moet schriftelijk worden ingediend bij het bestuur van de instelling. 'Klager' kunnen zijn betrokkene, een medepatiënt, de echtgenoot, de ouders of bloedverwanten tot en met de tweede graad. De klacht wordt behandeld door een commissie ingesteld door het bestuur. De commissie bestaat minimaal uit 3 personen, waarvan een jurist en een hulpverlener deel moeten uitmaken. De patiënt kan zich laten bijstaan, bijvoorbeeld door een patiëntenvertrouwenspersoon. Binnen veertien dagen na ontvangst van de klacht moet de commissie met een gemotiveerd oordeel komen. Het bestuur van de instelling moet vervolgens binnen twee dagen een beslissing nemen. De praktijk zal waarschijnlijk uitwijzen dat deze termijnen te kort zijn. Bij deze bijzondere procedure bestaat wel de mogelijkheid van beroep door betrokkene of door de inspectie bij de rechtbank. De rechter kan aan een eventuele gegrondverklaring van de klacht ook bepaalde gevolgen verbinden, zoals staking of opheffing van een behandeling. In het Besluit klachtenbehandeling BOPZ⁴ zijn de 'ins en outs' rond de klachtenprocedure te vinden.

3 Tuchtrecht

3.1 Inleiding

De doelstelling van het tuchtrecht is het bewaken en handhaven of bevorderen van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Men zou ook kunnen zeggen een mogelijkheid om (individueel aangeklaagde) beroepsbeoefenaren ten aanzien van hun handelen tot de orde te roepen of te corrigeren. In het geval het de klager primair gaat om genoegdoening, bijvoorbeeld in de vorm van schadevergoeding, dan is het tuchtcollege voor hem het verkeerde adres; de klager zal zich dan moeten wenden tot de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de arts of van de instelling (zie paragraaf 4.2). Een uitspraak van een tuchtcollege kan de klager helpen bij het welslagen van de claim. Soms wordt met dat doel eerst een tuchtrechtelijke procedure aangespannen door de patiënt. De normen waaraan het tuchtcollege toetst of de klacht tegen de arts gegrond is, zijn te vinden in de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG). De twee (ruimere) toetsnormen zijn:

1. enig handelen of nalaten door een beroepsbeoefenaar in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van de patiënt of diens naasten;
2. enig ander handelen of nalaten door een geregistreerd beroepsbeoefenaar in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

Voorbeelden van de eerste norm zijn de onderwerpen die genoemd worden in paragraaf 4.1. Maar ook de hulpverlening aan een in nood verkerende patiënt in het verkeer of op straat valt daaronder. Niet alleen ten opzichte van de patiënt maar ook tegenover diens naasten heeft de arts bepaalde verplichtingen, zoals blijkt uit de formulering. Gedacht kan worden aan het geven van goede informatie over de patiënt die van belang is voor een goede begeleiding ook in de nazorg.

De tweede toetsnorm heeft meer het algemeen belang op het oog. Voorbeelden zijn onjuiste declarering bij een ziektekostenverzekeraar, het onzorgvuldig optreden in de media hetgeen aanleiding geeft tot onrust onder het publiek en het niet opnemen van een arts in de waarneming, waardoor de continuïteit van de zorg aan de patiënten in het waarnemingsgebied moeilijk gewaarborgd kan worden. ‘Individuele gezondheidszorg’ moet ruim worden gezien. Ook een arts die binnen een wetenschappelijk onderzoek met gegevens knoeit waardoor de onderzoeksresultaten beïnvloed worden en de daarop afgestemde zorg mogelijk onzorgvuldig wordt ingevuld, kan strafrechtelijk, civielrechtelijk en mogelijk ook tuchtrechtelijk worden vervolgd.

De klachten die aan de tuchtrechter worden voorgelegd zijn zeer gevarieerd.

Veel voorkomende klachten hebben betrekking op ‘het bieden van geen of onvoldoende zorg’. Onder dit verzamelbegrip wordt onder meer verstaan: gebrekkige communicatie met de patiënt (of gebrekkige of zelfs geen afstemming met de betrokken collega’s) over de te geven behandeling/begeleiding, het beoordelen van de gezondheidssituatie van de patiënt zonder een lichamelijk onderzoek te doen, het ontbreken van informed consent van de patiënt, onvoldoende verslaggeving en het ontbreken van goede nazorg. Een andere belangrijke categorie heeft betrekking op de medisch-inhoudelijke kant: het geven van een onjuiste behandeling of het stellen van een verkeerde diagnose. Ook klachten over schending van het beroepsgeheim, bijvoorbeeld als gevolg van het afgeven van een geneeskundige verklaring, worden in de regel door het tuchtcollege beoordeeld.

Seksuele intimiteiten met patiënten of het (opzettelijk) weghouden van ernstig zieke patiënten uit de reguliere gezondheidszorg zijn klachtgronden waarop doorgaans een van de zwaardere maatregelen (schorsing of ontzegging het beroep uit te oefenen) door het tuchtcollege wordt opgelegd.

Een klachtgrond die aandacht verdient van met name waarnemend huisartsen, is het niet of te laat komen op verzoek van de patiënt. In de praktijk blijken relatief veel van deze klachten betrekking te hebben op consulten die aangevraagd werden voor kinderen en oudere patiënten. Ook bij tuchtklachten blijkt onvrede over de communicatie of de bejegening een overwegende aanleiding te zijn om (alsnog) een klacht in te dienen.

3.2 Nieuwe items in het tuchtrecht

Het nieuwe tuchtrecht ingevolge de wet BIG per 1 december 1997 strekt zich uit over een groter aantal beroepsgroepen. Naast artsen, tandartsen, apothekers en verloskundigen is het nu ook van toepassing op

fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en verpleegkundigen.

De samenstelling van de tuchtcolleges is gewijzigd; de regionale tuchtcolleges tellen twee juristen (was één jurist/voorzitter) en drie (was vier) artsen. Het centrale tuchtcollege bestaat uit drie juristen (was één jurist/voorzitter) en twee (was vier) artsen.

De voorzitter van een regionaal tuchtcollege is verplicht ten aanzien van iedere klacht een vooronderzoek te laten instellen door een lid-beroepsgeenoot van de aangeklaagde of door de secretaris van het college. Deze vooronderzoeker heeft de mogelijkheid na te gaan of een minnelijke schikking tussen arts en patiënt tot stand kan komen. De zaak wordt daarmee onmiddellijk gestaakt. Met name in zaken die voorkomen hadden kunnen worden door een betere communicatie tussen klager en aangeklaagde kan hier met het vooronderzoek mogelijk een tijdrovende en kostbare procedure voorkomen worden.

De zitting is openbaar tenzij om gewichtige redenen wordt bepaald dat de behandeling geheel of gedeeltelijk besloten zal zijn. Ook de uitspraak wordt in beginsel in het openbaar gedaan. Daarbij worden de (voor)naam, hoedanigheid en woonplaats van klager, aangeklaagde en getuigen weggelaten. Publicatie van de uitspraak om redenen van algemeen belang vindt altijd in geanonimiseerde vorm plaats.

Ook nieuw is dat de zaak met spoed door een regionaal tuchtcollege kan worden behandeld. Dit is mogelijk in het geval de klacht is ingediend door een inspecteur voor de gezondheidszorg en spoedige behandeling naar zijn mening nodig is om groot nadeel voor het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg te voorkomen. In het verlengde daarvan heeft het tuchtcollege de mogelijkheid een spoedmaatregel te treffen in de vorm van een voorlopige voorziening, bijvoorbeeld een schorsing die direct van kracht wordt. In dat geval hoeft dus niet gewacht te worden tot de beslissing onherroepelijk is geworden, hetgeen als klager of aangeklaagde kiezen voor hoger beroep pas het geval is nadat ook de termijn voor het indienen van het hoger beroep is verstreken. In hoger beroep kan de schorsing eventueel ongedaan gemaakt worden.

Tot slot: De mogelijkheid om een klacht in te dienen vervalt na tien jaar nadat de behandeling of het nalaten heeft plaatsgevonden. Deze termijn sluit (beter) aan bij de WGBO-bewaartermijn van patiëntengegevens van tien jaar na het vastleggen van de gegevens.

3.3 Procedure voor de tuchtrechter ⁴

Nadat een klacht schriftelijk is ingediend bij de secretaris van een van de vijf regionale tuchtcolleges (het tuchtcollege binnen het ambtsgebied waar de aangeklaagde arts woont), wordt een vooronderzoek verricht. De procedure bij het tuchtcollege is kosteloos. Wenst de klager of aangeklaagde gebruik te maken van getuigen of deskundigen dan moet hij de kosten daarvoor zelf dragen. Dat geldt ook voor advocaatkosten tenzij betrokkene voor de te maken advocaatkosten is verzekerd via een rechtsbijstandsverzekering. Het is dan verstandig kort na het ontvangen van de klacht via het tuchtcollege contact op te nemen met de rechtsbijstandsverzekeraar.

Wie kunnen een klacht indienen?

Als klager kunnen optreden:

- een rechtstreeks belanghebbende (vaak de patiënt zelf, zijn vertegenwoordiger of iemand die een nauwe (familie)relatie met de patiënt heeft of had; deze naasten kunnen klagen over zaken die de patiënt betreffen maar ook over kwesties in de eigen relatie met de arts. Ook een collega van een arts kan rechtstreeks belanghebbend zijn als deze door het handelen van de betreffende arts in zijn beroepsuitoefening naar patiënten toe wordt belemmerd);
- de persoon die aan iemand, die onder het tuchtrecht valt, een opdracht heeft gegeven (deze nieuwe mogelijkheid is opgenomen met het oog op het verrichten van (voorbehouden) handelingen in opdracht van een zelfstandig bevoegde zoals een arts; zie daarvoor KNMG Consult 'Arts en Wet BIG');
- de directie of het bestuur van de instelling waar de arts, waarover geklaagd wordt, werkzaam is;
- de zorgverzekeraar waar de aangeklaagde is ingeschreven als zorgverlener;
- de hoofdinspecteur of regionale inspecteur voor de Gezondheidszorg (uit oogpunt van de kwaliteitsbewaking en het algemeen (volksgezondheids)belang).

Verweer en beroepsgeheim

Voor het voeren van verweer zal de arts gegevens moeten gebruiken die onder zijn beroepsgeheim vallen. Algemeen wordt aangenomen dat de arts, ook zonder verkregen toestemming van de klagende patiënt, de voor zijn verweer

relevante gegevens aan zijn raadsman en aan het tuchtcollege mag overleggen. Dat geldt tevens als de patiënt om wie het gaat inmiddels overleden is. Ook een collega-arts die zich op grond van de gegevens desgevraagd een oordeel kan vormen over de voorliggende kwestie, is volgens het tuchtcollege gerechtigd de informatie te ontvangen zonder dat daarvoor toestemming is verkregen van de patiënt. Beschikt de aangeklaagde arts echter zelf niet meer over de gegevens dan zal de (nieuwe) arts die inmiddels wel over die gegevens beschikt, alleen met toestemming van de patiënt die gegevens aan de aangeklaagde arts of het tuchtcollege mogen verstrekken. Weigert de patiënt daarvoor toestemming te geven of weigeren de nabestaanden en geven zij geen machtiging af tot inzage in de gegevens, dan is het in het algemeen zo, dat het tuchtcollege de zaak niet verder in behandeling zal nemen omdat de arts onvoldoende in staat is verweer te voeren en het voor het tuchtcollege (daardoor) niet of nauwelijks mogelijk is om tot een gewogen oordeel te komen. Ook bij een klachtenprocedure die gevoerd wordt voor een klachtencommissie (zie paragraaf 2.4) dient uitgegaan te worden van dezelfde regels. Deze zijn ook opgenomen in paragraaf 4.4 van de KNMG 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (zie literatuurlijst).

Wenst de aangeklaagde arts voor zijn verweer gebruik te maken van gegevens die betrekking hebben op een ander dan de klager, en geeft deze persoon aan de aangeklaagde geen toestemming (of kan deze geen toestemming geven) om deze gegevens te gebruiken, dan is voor het tuchtrecht in de Wet BIG een voorziening opgenomen. Deze impliceert dat de aangeklaagde arts van deze informatie alleen gebruik zal mogen maken, indien de voorzitter van het tuchtcollege heeft bepaald dat deze processtukken of gedeelten daarvan alleen mogen worden ingezien door de gemachtigde van de klager die arts, advocaat of procureur is of van de voorzitter bijzondere toestemming heeft gekregen. In de Wet klachtrecht cliënten zorgsector is een dergelijke voorziening niet opgenomen. De arts doet er verstandig aan overleg te plegen met de voorzitter van de klachtencommissie als een dergelijke situatie zich voordoet.

Rechtsbijstand

Klager en aangeklaagde kunnen zich laten vertegenwoordigen door een gemachtigde of zich laten bijstaan door een raadsman (deze kan advocaat zijn maar dat hoeft niet). Omdat tegenwoordig veel artsen, maar ook steeds meer patiënten een rechtsbijstandsverzekering hebben, wordt dikwijls gebruik gemaakt van ondersteuning door een advocaat of jurist. Alle artsen die lid zijn van de KNMG kunnen gratis bij de KNMG terecht voor juridische en medisch-inhoudelijke advisering bij hun verweer.

Vooronderzoek

Klager en aangeklaagde worden in de gelegenheid gesteld te worden gehoord. Degene die het vooronderzoek doet kijkt of op grond van deze gesprekken een minnelijke schikking getroffen kan worden. Als dat het geval is en klager en aangeklaagde gaan daarmee (schriftelijk) akkoord, dan vervalt de klacht.

Staken van de behandeling van de klacht

Zonder dat een minnelijke schikking tot stand heeft kunnen komen kan klager ook besluiten de klacht in te trekken. De behandeling van de zaak wordt dan gestaakt, tenzij de aangeklaagde voortzetting wenst, of het tuchtcollege zelf meent dat voortzetting nodig is uit oogpunt van algemeen belang. Eventuele intrekking van de klacht ná de terechtzitting brengt met zich mee dat de zaak toch zal worden voortgezet en uitspraak zal worden gedaan. Zoals vóór de inwerkingtreding van de Wet BIG al het geval was, wordt de behandeling van de zaak door het tuchtcollege gestaakt door overlijden van de aangeklaagde arts.

Openbare zitting en uitspraak

Als het niet lukt om tot een minnelijke oplossing te komen en de klacht door het tuchtcollege niet in de raadkamer reeds is afgewezen (bijvoorbeeld omdat deze onvoldoende gewicht had) of niet-ontvankelijk is verklaard (bijvoorbeeld omdat de klager geen belanghebbende was of de klacht al verjaard was), dan zal een openbare zitting volgen. Tot 1 december 1997 was het regel dat de zitting besloten was. De Wet BIG heeft hierin verandering gebracht. Openbaarheid kan impliceren dat het zowel voor klager als aangeklaagde moeilijk wordt om de zaak te presenteren, immers, het gaat vaak om zeer privacy-gevoelige informatie. In het geval niet de patiënt zelf maar bijvoorbeeld een familielid of de inspecteur de klacht heeft ingediend is dit nog moeilijker. Ingevolge de Wet BIG kan wegens 'gewichtige redenen' de zitting besloten zijn. 'Gewichtige redenen' kunnen zijn de belangen van minderjarigen, het belang van de goede zeden of het schaden van de rechtspraak, bijvoorbeeld vanwege het feit dat de waarheid niet boven tafel kan komen door het zwijgen van de aangeklaagde arts omdat hij over privacy-gevoelige informatie

beschikt. Deze uitzonderingen laten wel enige ruimte voor beide partijen om de zaak geheel of gedeeltelijk achter gesloten deuren te behandelen. Beide partijen kunnen het tuchtcollege daartoe verzoeken. Veel zal echter afhangen van de wijze waarop de pers met de openbaarheid van zittingen omgaat. In het verleden werd de pers doorgaans casuïstiek uit de tweede hand aangereikt. Mogelijk draagt de aanwezigheid van de pers bij de zitting bij aan een kritische(r) houding. Partijen hoeven niet te verschijnen tijdens de zitting. Vaak is dat wel verstandig om een en ander nog eens te kunnen toelichten. Getuigen en deskundigen kunnen worden opgeroepen. Een procedure bij het tuchtcollege kost veel tijd. Voordat het college een uitspraak doet zijn zeker zes maanden verstreken na het indienen van de klacht. Door verlenging van de termijnen om partijen in de gelegenheid te stellen te reageren en het benaderen van getuigen-deskundigen kan deze termijn aanzienlijk langer worden. Twee of meer met elkaar samenhangende zaken kunnen door het tuchtcollege gezamenlijk worden behandeld. Gedacht kan worden aan een klacht van een patiënt tegen een specialist en een verpleegkundige. Van beide disciplines dienen dan beroepsgenoten zitting te hebben in het tuchtcollege.

Tuchtmaatregelen

Binnen twee maanden na de zitting moet het tuchtcollege een uitspraak doen. Wordt de klacht gegrond verklaard dan moet een maatregel volgen. Deze kan zijn:

- een waarschuwing;
- een berisping;
- een geldboete van maximaal € 4.500,-;
- (voorwaardelijke) schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste een jaar (eventueel in combinatie met een geldboete); als voorwaarde kan bijvoorbeeld gesteld worden verplichte bijscholing of het treffen van een goede waarneemregeling;
- gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staand, het betrokken beroep uit te oefenen; zo kan bijvoorbeeld een arts worden ontzegd bepaalde handelingen of verrichtingen uit te voeren of waar te nemen voor collega's;
- doorhaling van de inschrijving in het register, hetgeen impliceert dat de arts zijn artsentitel niet meer mag voeren en niet zelfstandig voorbehouden handelingen mag verrichten.

Het tuchtcollege kan bepalen dat de uitspraak in geanonimiseerde vorm wordt gepubliceerd in de Staatscourant en wordt aangeboden aan andere tijdschriften of vakbladen, zoals het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact.

Hoger beroep

Tegen de beslissing van het regionale tuchtcollege kan door de aangeklaagde arts, de klager of de inspecteur voor de gezondheidszorg beroep worden ingesteld en wel (uitsluitend) bij het centrale tuchtcollege in Den Haag. Dat moet wel binnen zes weken na de dag van verzending van de uitspraak van het regionale tuchtcollege gebeuren. In tegenstelling tot de beroepsmogelijkheden voor de aangeklaagde en de inspecteur zijn die van de klager beperkt; deze kan alleen in beroep gaan voorzover de klacht in eerste aanleg is afgewezen of niet-ontvankelijk is verklaard. Voor een hoger-beroepprocedure moet minstens nog eens op zes maanden gerekend worden. Beroep op de Hoge Raad door klager en aangeklaagde is niet langer mogelijk zoals voorheen.

Samenstelling tuchtcolleges

Een regionaal tuchtcollege bestaat uit vijf leden: naast twee juristen, van wie één voorzitter is, telt het drie (in bijzondere gevallen twee) artsen. Daarnaast wordt het college bijgestaan door een secretaris (jurist). Het centrale tuchtcollege telt drie juristen, waaronder de voorzitter, en twee artsen. Ook het centrale tuchtcollege wordt bijgestaan door een secretaris. Er wordt naar gestreefd het tuchtcollege steeds zo samen te stellen dat een of meer van de leden in het college niet alleen tot dezelfde categorie behoren (zoals de Wet BIG bepaalt) maar ook tot hetzelfde specialisme als de aangeklaagde arts. Een lid van het tuchtcollege kan zich verschonen en kan worden gewraakt in een bepaalde zaak, indien de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van het lid niet kunnen worden gegarandeerd. Tevergeefs is door de KNMG regelmatig gepleit voor de noodzaak om in de wet of toelichting op te nemen dat de leden-beroepsgenoten in het tuchtcollege over praktische vaardigheden en deskundigheden dienen te beschikken en derhalve nog praktiserend moeten zijn. Ook is gepleit voor een maximum leeftijdsgrens van 65 in plaats van 70 jaar. Tot op heden zijn deze verzoeken helaas niet overgenomen.

3.4 College van medisch toezicht

De Wet BIG bepaalt dat een afzonderlijk college, het college van medisch toezicht, gevestigd te Den Haag, belast is met de vraag of een bepaalde arts (of andere beroepsbeoefenaar die onder de Wet BIG valt, bijvoorbeeld een verpleegkundige) nog wel geschikt is om het desbetreffende beroep uit te oefenen. Vóór de inwerkingtreding van de Wet BIG werd deze vraag nog aan het tuchtcollege voorgelegd. De regeling valt feitelijk buiten het tuchtrecht maar kan zeer wel in het verlengde van een (eerdere) tuchtrechtelijke uitspraak liggen, geïnitieerd door de inspecteur of de patiënt.

Het is de taak van het college te beoordelen of een arts feitelijk ongeschikt is het beroep, waarvoor hij in het register staat ingeschreven, uit te oefenen vanwege een geestelijke of lichamelijke ziekte, danwel vanwege drankmisbruik of misbruik van verdovende middelen. Alleen de inspecteur voor de gezondheidszorg kan de zaak (gemotiveerd) aanbrengen. Het college, dat twee juristen en drie artsen telt, zal de voorgelegde zaak in principe in het openbaar behandelen. De volgende maatregelen kunnen, als daar aanleiding voor bestaat eventueel met directe werking, dus ook vóór dat de uitspraak definitief is na hoger beroep, worden opgelegd:

- het verbinden van voorwaarden aan de beroepsuitoefening (gedacht kan worden aan supervisie);
- gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het betrokken beroep uit te oefenen (bijvoorbeeld het verbod om bepaalde handelingen te verrichten);
- doorhaling van de inschrijving in het register.

Tegen de beslissing van het college kunnen de inspecteur en ook de betreffende arts beroep instellen bij het centrale tuchtcollege. Als de omstandigheden dat op een later moment toelaten dan kan de maatregel eventueel worden opgeheven.

4 Civiel recht

4.1 Inleiding

Een groot aandeel van de procedures op het terrein van de gezondheidszorg die binnen het civiel recht gevoerd worden, hebben betrekking op vorderingen tot schadevergoeding als gevolg van vermeende fouten van hulpverleners. Niet alleen op het terrein van de gezondheidszorg maar ook daarbuiten valt een toenemende belangstelling voor claims waar te nemen. Burgers klagen en eisen sneller. Het kan daarbij gaan om een vordering tot materiële schadevergoeding (vergoeding ter compensatie van gemaakte kosten en inkomstenderving) en immateriële schadevergoeding (smartengeld). In tegenstelling tot bijvoorbeeld Amerika is men in Nederland in het algemeen terughoudend in het toekennen van smartengeld.

Een onderwerp dat de laatste jaren een aantal malen in de schijnwerpers heeft gestaan, is het vorderen van schadevergoeding op grond van een mislukte sterilisatie, waardoor de vrouw (ongewenst) zwanger werd. In de zaken die aan de rechter zijn voorgelegd en waarbij werd vastgesteld dat de arts aansprakelijk was, zijn ook de gevorderde opvoedingskosten van het kind als schadepost door de rechter toegewezen. De jurisprudentie rond dit onderwerp heeft wel invloed gehad op de (toegenomen) hoogte van de geclaimde en toegekende bedragen, echter niet op het aantal ingediende claims. Een ander voorbeeld is een schadevordering als gevolg van het onvoldoende geven van informatie over extra risico's van de voorgestelde behandeling; zou de patiënt op de hoogte geweest zijn van die risico's dan had hij niet ingestemd met de operatie. Vaker dan voorheen wenden patiënten zich in kort-gedingprocedures tot de president van de rechtbank voor het afdwingen van het recht op een bepaalde behandeling of van een patiëntenrecht, zoals inzage in het dossier of vernietiging van gegevens. In de toekomst zal mogelijk ook vaker geprobeerd worden een claim neer te leggen bij de (beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de) behandelend arts door de werkgever wegens onzorgvuldig handelen ten aanzien van een patiënt/zieke werknemer waardoor schade is ontstaan, bijvoorbeeld omdat daardoor het ziekteverzuim langer heeft geduurd dan volgens de werkgever nodig was. Een en ander hangt samen met de nieuwe sociale- verzekeringswetgeving ingevolge welke de werkgever de kosten van ziekteverzuim gedurende enige tijd zelf moet dragen of tegen betaling bij een verzekeraar kan onderbrengen. Een goede afstemming tussen onder meer behandelend artsen en bedrijfsartsen kan dit soort problemen helpen voorkomen.⁵

4.2 Wie beoordeelt claims?

In de praktijk worden de gevallen waarin aansprakelijkheid wordt erkend in het overgrote deel afgehandeld tussen de patiënt of diens gemachtigde en de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de arts of de instelling waarbinnen hij werkzaam is of waarmee hij een toelatingscontract heeft gesloten. Als partijen het niet eens kunnen worden over de hoogte van het uit te keren bedrag kan alsnog tussenkomst van de civiele rechter gevraagd worden (zie paragraaf 4.3). Doorgaans zal de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar dan zorgdragen voor juridische ondersteuning van de aangeklaagde arts of instelling waarbinnen de arts werkzaam is. Voor een aantal ziekenhuizen zal het geschil voorgelegd kunnen worden aan de bij experiment ingestelde Geschillencommissie Ziekenhuizen. Daarop wordt in paragraaf 4.4 nader ingegaan.

Zoals in paragraaf 2.4 al kort werd belicht is het mogelijk dat de patiënt naast zijn klacht ook een daaraan gerelateerde claim ter beoordeling wenst voor te leggen aan de klachtencommissie. De taak van de klachtencommissie bestaat er echter uit een (globaal) oordeel te geven over de gegrondheid van de klacht, niet over de vraag of daaruit voortvloeit dat de aangeklaagde arts schadevergoeding aan de patiënt dient te betalen en de hoogte daarvan. Naast de vraag of de commissie hiertoe wel voldoende geëquipeerd is, zal een beoordeling als deze veelal ook problemen opleveren met de polisvoorwaarden van de beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar van de arts of van de instelling waarbinnen de arts werkzaam is. Tenzij daarover een andere regeling is getroffen met de arts of instelling, hetgeen doorgaans niet het geval is, laten deze voorwaarden niet toe dat de verzekerde arts of instelling zonder overleg uitspraken doet over claims die de verzekeraar binden.

In het geval een arts door de patiënt aansprakelijk is gesteld voor de schade als gevolg van zijn handelen, dient hij altijd direct contact op te nemen met zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. De verzekeraar zal de aansprakelijkheidsvraag beoordelen en afhandelen. De arts dient dus richting patiënt of diens vertegenwoordiger of

advocaat nooit zelf in te gaan op de aansprakelijkstelling of zijn aansprakelijkheid te erkennen zonder dat hij de verzekeraar eerst heeft geraadpleegd.

Iets anders is dat artsen, als zij menen dat er iets fout is gegaan, dit wél tegenover de patiënt of zijn vertegenwoordiger mogen toegeven en excuses daarvoor mogen aanbieden. Dat kan zelfs veel ellende en belastende procedures voorkomen.

Is de patiënt van mening dat hij schade heeft geleden als gevolg van onzorgvuldigheden door diverse hulpverleners tijdens zijn behandeling in het ziekenhuis, dan biedt de WGBO hem de mogelijkheid om de directie of het bestuur van het ziekenhuis daarvoor (centraal) aansprakelijk te stellen. De patiënt hoeft dan niet meer eerst na te gaan wie welke tekortkoming precies heeft veroorzaakt. De centrale aansprakelijkheid ingevolge de WGBO is beperkt tot de daarin genoemde instellingen, te weten algemene of academische ziekenhuizen, verpleeginrichtingen of zwakzinnigeninrichtingen, abortusklinieken en tandheelkundige inrichtingen. Ten aanzien van privé-klinieken is de centrale aansprakelijkheid dus bijvoorbeeld niet van toepassing.

4.3 Maatstaf voor toekennen van een claim

Voor de vraag of een claim aan de patiënt kan worden toegekend is bepalend of sprake is van aantoonbare materiële of immateriële schade, die de patiënt heeft geleden door onzorgvuldigheid van de arts (bijvoorbeeld een beroepsfout) of de instelling (bijvoorbeeld een niet in acht genomen veiligheidsnorm). Het kan ook gaan om schade die de patiënt dreigt te gaan lijden of om schending van een recht (bijvoorbeeld een patiëntenrecht of recht op behandeling, zie paragraaf 4.1). Kort samengevat moet het dus gaan om een tekortkoming die de arts of de instelling kan worden toegerekend. Het is niet altijd nodig dat de veroorzaker van de schade echt een verwijt kan worden gemaakt. Een voorbeeld is de zaak van de flauwgevallen oogarts tijdens een operatie, waardoor schade voor de patiënt is ontstaan. De rechter vond het redelijk de mislukking van de operatie aan de oogarts toe te rekenen en hem aansprakelijk te houden voor de geleden schade. De vraag of zich een geval voordoet van 'toerekenbare tekortkoming' wordt mede bepaald door de inhoud van de overeenkomst tussen arts en patiënt. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen inspanningsverbintenissen en resultaatsverbintenissen.

Een groot aantal verrichtingen die in de relatie arts-patiënt plaatsvinden kunnen getypeerd worden als inspanningsverbintenissen. Bij een inspanningsverbintenis is sprake van het tekortschieten van de arts wanneer hij zich niet voldoende heeft ingespannen om het resultaat te bereiken, en wel op zo'n manier als een 'redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot in dezelfde omstandigheden' zou doen. Persoonlijke omstandigheden als ervaring en specialisatiegraad kunnen daarbij een rol spelen. In de WGBO is een vergelijkbare maatstaf opgenomen, namelijk 'de zorg van een goed hulpverlener'. Als voorbeeld kan genoemd worden dat de arts een patiënt in behandeling heeft met bepaalde klachten (inspanning om hem van de klachten af te helpen) maar een aantal voor de hand liggende therapieën niet met de patiënt heeft besproken om deze vervolgens toe te passen. Bij een resultaatsverbintenis is al sprake van tekortschieten van de arts, van aansprakelijkheid, als het beoogde resultaat (bijvoorbeeld opdracht geven voor het maken van een laboratoriumanalyse of ervoor zorgdragen dat de patiënt veilig op de operatietafel ligt) niet bereikt wordt.

Medische handelingen kunnen vaak niet als resultaatsverbintenis getypeerd worden omdat het resultaat voor een groot deel afhankelijk is van de 'natuur', de conditie en de reactie van de patiënt. Het onderscheid tussen een resultaatsverbintenis en een inspanningsverbintenis is vooral van belang voor de bewijslastverdeling. De algemene regel is dat bij een resultaatsverbintenis, bij het niet bereiken van het gewenste resultaat, de verplichting om overmacht te bewijzen bij de arts rust. Bij een inspanningsverbintenis ligt het precies andersom en moet de patiënt bewijzen dat de arts onvoldoende inspanning heeft geleverd. Op dit moment ligt de bewijsopdracht in principe altijd bij de eisende partij, de patiënt, ('wie stelt, moet bewijzen') maar de rechter is er vrij in de bewijsopdracht in uitzonderlijke gevallen om te keren en deze bij de arts te leggen. Dat zal hij bijvoorbeeld doen wanneer de arts onvoldoende of zelfs helemaal geen feitelijke gegevens in het dossier heeft vastgelegd of aan de patiënt heeft verstrekt. De patiënt heeft immers in zo'n situatie geen mogelijkheid om zelf bewijs te kunnen leveren aan de rechter. Het feit dat de gegevens in het dossier al vernietigd zijn conform de in de WGBO aangegeven bewaartermijn van tien jaar, mag er uiteraard niet toe leiden dat de bewijslast wordt omgekeerd en de arts met de bewijsopdracht wordt opgezadeld. Dat zou alleen anders zijn wanneer het zeer voor de hand had gelegen dat de arts een langere bewaartermijn dan tien jaar had aangehouden. Bijvoorbeeld huisartsen die langdurige behandelrelaties met patiënten hebben en met het oog op de continuïteit van zorg de gegevens langer bewaren. Of in situaties waarbij er sprake is van langlopende of terugkerende behandelingen, zoals bij chronische ziekten of erfelijke aandoeningen. Ook wordt wel het belang

onderstreept om gegevens van minderjarige patiënten te bewaren tot het moment waarop zij volgroeid zijn. Het initiatief voor het langer bewaren van de gegevens kan ook van de patiënt uitgaan. Het is verstandig dat arts en patiënt daarover dan gezamenlijk een (bij voorkeur schriftelijk vastgelegde) afspraak maken. De bewaartermijn van tien jaar geldt ook bij overlijden van de patiënt. Dit vormt dus geen reden om de gegevens te vernietigen.

In een aantal gevallen zal de arts de gegevens op grond van een specifieke wettelijke regeling langer dan tien jaar moeten bewaren. Dat geldt bijvoorbeeld voor een aantal dossiergegevens binnen academische ziekenhuizen; deze moeten zelfs 115 jaar bewaard worden.⁶

Een andere uitzondering op de regel 'wie stelt, moet bewijzen' kan worden gemaakt in de situatie dat op basis van feiten en omstandigheden er sterke (rechterlijke) vermoedens zijn dat de arts een fout heeft gemaakt. Ook dan zal de rechter aan de arts kunnen opdragen te bewijzen dat het tegendeel waar is.

Naast bewijsopdrachten aan partijen en het oproepen van getuigen maakt de rechter overigens ook regelmatig gebruik van deskundigen (rapporten) die hem in staat moeten stellen tot een genuanceerd oordeel te komen. Voor de inhoudelijke beoordeling van het handelen van de arts zal de rechter toetsen aan specifieke wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg (zoals WGBO, WPR, in de nabije toekomst te vervangen door de Wet bescherming persoonsgegevens, Wet medische keuringen etc.), aan reeds bestaande jurisprudentie, internationale verdragen en regels (bijvoorbeeld het richtsnoer 'Good clinical practice'), aan opleidingseisen, standaarden, richtlijnen, protocollen, gedragsregels en beroepscodes. Het is derhalve belangrijk via bijscholing, vakbladen, intercollegiale afstemming, etc. goed op de hoogte te zijn en blijven van de ontwikkelingen die zich op dat gebied voordoen. Voor geleden schade als gevolg van gebruik van (niet voorzienbare) ondeugdelijke producten, bijvoorbeeld apparaten of medicijnen, zal de patiënt, net als voorheen, niet het ziekenhuis maar de producent aansprakelijk moeten stellen.

4.4 Geschillencommissie Ziekenhuizen

Is de patiënt van mening dat hij schade heeft geleden als gevolg van onzorgvuldigheden tijdens zijn behandeling in het ziekenhuis, dan biedt de WGBO hem de mogelijkheid om (de directie of het bestuur van) het ziekenhuis daarvoor aansprakelijk te stellen.

Sinds 1 oktober 1996 is in een dertigtal Nederlandse ziekenhuizen een experiment voor drie jaar van start gegaan waarbij een landelijke commissie, de Geschillencommissie Ziekenhuizen, geschillen over zaakschade en/of personenschade tussen patiënt en ziekenhuis tot een bedrag van maximaal € 5000,- in behandeling neemt. Het gaat hier om een initiatief van KNMG, Consumentenbond, NVZ vereniging van ziekenhuizen, MediRisk, Stichting Geschillencommissies voor Consumentenzaken en het ministerie van VWS. Het experiment is omgezet in een vaste procedure. Ongeveer 90 procent van de algemene ziekenhuizen volgt deze regeling. De geschillen kunnen bijvoorbeeld gaan over schade aan het gebit na een intubatie, vermissing van eigendommen van de patiënt en het onzorgvuldig uitvoeren van een operatie waaraan ontsierende en onnodige littekens worden overgehouden of waarbij letsel is ontstaan.

Voorwaarde voor het in behandeling nemen is, dat in eerste instantie geen overeenstemming kon worden bereikt tussen partijen over de aansprakelijkheid en/of het schadebedrag. De geschillen dienen voorts betrekking te hebben op schade die is veroorzaakt en ontstaan binnen de geldigheidsduur van de door het ziekenhuis bij MediRisk afgesloten aansprakelijkheidsverzekering. Omdat de ziekenhuizen zich bereid hebben verklaard om overeenkomstig de hierboven genoemde nieuwe regeling in de WGBO als centraal aanspreekbare partij op te treden voor alle in het ziekenhuis werkzame personen, kunnen artsen niet direct worden aangesproken. Wel zullen zij, met name bij geschillen over personenschade, zeer nauw bij de afhandeling betrokken zijn en zal hun visie gevraagd worden. De klacht kan uitsluitend in behandeling genomen worden tot 5 jaar na het bekend worden van de schade aan de patiënt; binnen die termijn moet de schade eerst schriftelijk voorgelegd zijn aan het ziekenhuis. De Geschillencommissie Ziekenhuizen is alleen bevoegd een geschil in behandeling te nemen indien het klachtengeld van € 25,- is betaald en partijen zijn overeengekomen zich aan het bindend advies van de commissie te onderwerpen. De commissie bestaat uit vijf leden: een voorzitter, twee leden op voordracht van de Consumentenbond, een lid op voordracht van de KNMG en een lid op voordracht van de NVZ vereniging van ziekenhuizen. Afhankelijk van de zaak kan de commissie besluiten tot een schriftelijke of mondelinge behandeling. Partijen kunnen zich laten bijstaan of vertegenwoordigen door derden. De commissie alsook de partijen kunnen getuigen of deskundigen oproepen. Indien de partijen bij de mondelinge behandeling alsnog tot een schikking komen, zal de commissie de inhoud van die schikking in een bindend advies vastleggen. Het voordeel boven andere procedures is uiteraard dat op laagdrempelige, goedkope en snelle wijze (geen beroepsmogelijkheid) uitspraak kan worden gedaan. Partijen kunnen het geschil niet alsnog ter

VIII.02 Arts en klacht of geschil
consult

volledige beoordeling aan de civiele rechter voorleggen. Dat is wel het geval als tijdens de behandeling of na de uitspraak blijkt dat de schade hoger uitvalt dan € 5000,-.

5 Strafrecht

5.1 Inleiding

Het strafrecht kan worden samengevat als het geheel van geboden en verboden waarbij op niet-nakoming straf is gesteld. In het Wetboek van Strafrecht, maar ook in bijzondere wetten, is vastgelegd welke feiten strafbaar zijn en op welke wijze de bestraffing door de overheid geschiedt. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen overtredingen (lichte vergrijpen) en misdrijven (zware vergrijpen). De strafrechter is in feite de persoon die namens de overheid in haar rol van beschermer van de rechtsorde toetst of de strafrechtelijke norm is overtreden.

Op het gebied van de gezondheidszorg komt de strafrechter pas om de hoek kijken in uitzonderlijke, vaak ernstige situaties betreffende het medisch handelen door artsen. Meestal gaat het daarbij om de volgende delicten: euthanasie, hulp bij zelfdoding, seksuele contacten binnen de hulpverleningsrelatie, het (opzettelijk) in rekening brengen van verkeerde tarieven en, in mindere mate, het opzettelijk afgeven van een onjuiste geneeskundige verklaring. Meldingen over seksuele relaties binnen de hulpverlening leiden veelal tot een tuchtrechtelijke en soms ook strafrechtelijke veroordeling. Klachten over schending van het beroepsgeheim worden in de praktijk niet voorgelegd aan de strafrechter maar aan de klachtencommissie of aan de tuchtrechter. Het gaat daarbij met name om situaties waarin de behandelend arts een voor de patiënt of voor een ander een nadelige verklaring heeft afgelegd zonder deze daarin vooraf te hebben gekend.

5.2 Wanneer is een arts strafrechtelijk aansprakelijk?

Voordat een arts strafrechtelijk aansprakelijk kan worden gesteld moet er allereerst sprake zijn van een door hem gepleegd strafbaar feit, dat valt binnen een wettelijke delictomschrijving. Strafbare feiten zijn omschreven in het Wetboek van Strafrecht en in bijzondere wetten waaronder ook specifieke gezondheidswetgeving, zoals de Wet BIG en de BOPZ. Voorbeelden van voor de gezondheidszorg relevante strafbare feiten zijn een zwangerschapsafbreking die niet conform de wet wordt uitgevoerd (Wet afbreking zwangerschap), een arts die nalaat hulp te verlenen bij ogenblikkelijk levensgevaar (Wetboek van Strafrecht), het onbevoegd verrichten van voorbehouden handelingen of het niet voldoen aan de gevolgen van een tuchtrechtelijke uitspraak (Wet BIG) en ontucht met een patiënt (Wetboek van Strafrecht). Bij onvoldoende bewijs volgt in het algemeen niet-ontvankelijk verklaring of vrijspraak van de arts. Niet alleen dient sprake te zijn van een strafbaar feit, ook moet dit feit wederrechtelijk zijn gepleegd en moet aan de arts opzet of schuld verweten kunnen worden. In de gezondheidszorg wordt het strafrecht, met uitzondering van de rechtspraak over euthanasie en levensbeëindiging zonder verzoek, beperkt toegepast. Dat heeft onder meer te maken met het bestaan van het tuchtrecht en het feit dat het in het algemeen moet gaan om zeer ernstig verzuim van de arts, bijvoorbeeld bij verdenking van het mishandelen van patiënten, het toebrengen van lichamelijk letsel en het veroorzaken van dood door grove schuld. De persoon van de dader en diens bijzondere kwaliteiten zijn van invloed bij het bepalen van de strafrechtelijke schuld. Deze kunnen in bepaalde situaties rechtvaardigen waarom de arts zo gehandeld heeft. In het Wetboek van Strafrecht zijn strafuitsluitingsgronden opgenomen die kunnen worden onderscheiden in rechtvaardigingsgronden (overmacht, noodtoestand) en schuldsluitingsgronden (bijvoorbeeld ontoerekeningsvatbaarheid). Honorering van een strafuitsluitingsgrond door de rechter zal leiden tot het niet vervolgen van de zaak of tot ontslag van rechtsvervolging. Ook kan het openbaar ministerie besluiten van vervolging af te zien omdat de tuchtrechter op het punt van de inhoudelijke kennis beter geëquipeerd is om de zaak te behandelen of dat er een adequaat tuchtrechtelijk alternatief bestaat om de betrokken arts te corrigeren. Zaken die zowel strafrechtelijk als tuchtrechtelijk zijn behandeld ('samenloop') komen wel voor maar zijn om bovengenoemde redenen toch schaars. Een voorbeeld is de zaak van de psychiater Chabot die werd vervolgd wegens zijn hulp bij zelfdoding. Of gevallen van seksueel misbruik binnen de hulpverleningsrelatie.

In de gezondheidszorg kunnen met name rechtvaardigingsgronden een belangrijke rol spelen. Het gaat daarbij vooral om situaties, waarbij de arts te maken heeft met een conflict van plichten en op die grond uitvoering geeft aan een in dat specifieke geval hoger te waarden belang dan het naleven van de strafrechtelijke bepaling, en als duidelijk is dat dat 'hogere' belang op geen andere wijze gerealiseerd kan worden. Gedacht kan worden aan een situatie waarbij om euthanasie is gevraagd en waarbij de arts de geldende zorgvuldigheidseisen van de beroepsgroep in acht heeft

genomen. Of aan een late(re) zwangerschapsafbreking dan in de Wet zwangerschapsafbreking is toegestaan omdat de gezondheidssituatie van de moeder ernstig in gevaar komt als de zwangerschap gecontinueerd wordt. Een ander voorbeeld is de situatie waarin het beroepsgeheim wordt geschonden door vertrouwelijke, maar zeer wezenlijke informatie over de ouders of het gezin, in het belang van de kinderen, aan de Raad voor de Kinderbescherming te geven. Het mag duidelijk zijn dat de arts hele goede gronden moet hebben voor zijn handelwijze in een dergelijke situatie. Het is verstandig in een dergelijke situatie de (anonieme) casus te bespreken met (een) collega(s) en/of de situatie voor te leggen aan een jurist binnen de beroepsorganisatie. Een arts die ervan verdacht wordt een strafbaar feit te hebben gepleegd heeft het recht te zwijgen. Het is echter niet verstandig van dat recht gebruik te maken. Het beroepsgeheim van de arts zal geen beletsel voor hem mogen opwerpen om te spreken en zich in de strafprocedure te verweren.

6 Bestuursrecht

6.1 Inleiding

Op het gebied van de gezondheidszorg is het bestuursrecht met name van belang vanwege de mogelijkheden die het biedt om op te treden als er sprake is van onverantwoorde kwaliteit van zorg. Het bestuursrecht biedt niet alleen mogelijkheden om collectief op te treden, maar onder meer ook tegen artsen werkzaam in een solopraktijk. Ingevolge de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) en de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) zijn die mogelijkheden uitgebreid. Het bestuursrecht biedt mogelijkheden voor de overheid om preventieve maatregelen te treffen maar ook om in spoedeisende situaties in het algemeen volksgezondheidsbelang direct te kunnen optreden. Bij de inspectie kunnen signalen binnenkomen over kwalitatief onverantwoorde zorg die in een bepaald ziekenhuis, op een bepaalde afdeling, in een huisartsenpraktijk of in een privé-kliniek wordt geboden. Daarbij kan het gaan om verantwoordelijkheden die toegerekend moeten worden aan de directie van de instelling omdat het een tekortkoming in de organisatie betreft. Zo kan het gaan om het ontbreken van schriftelijke instructies voor arts-assistenten waarin hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden zijn geregeld. Of om medische apparatuur die zo slecht is onderhouden dat daardoor direct gevaar voor de veiligheid of gezondheid van patiënten en hulpverleners kan ontstaan. De inspectie kan zich genoodzaakt zien een schriftelijk bevel op te leggen aan de directie om de apparatuur (direct) te vervangen. Het kan ook gaan om gevallen waarbij het disfunctioneren van een of meerdere hulpverleners centraal staat. Een voorbeeld betreft de situatie waarbij specialisten binnen een bepaalde maatschap of huisartsen binnen een waarnemgroep zo gebrekkig met elkaar communiceren en afstemmen dat daardoor ernstige fouten worden gemaakt. Door de inspectie of de minister kan dan ingegrepen worden door het geven van een schriftelijke aanwijzing of een bevel, met mogelijkheden voor bestuursdwang bij niet-naleving.

6.2 Inspectie: toezicht en handhaving rond kwaliteit van zorg

Mogelijkheden voor toezicht op en handhaving van het bieden van kwalitatief verantwoorde zorg aan patiënten zijn te vinden in de KWZ. Deze wet is van toepassing op alle instellingen (inclusief alle daarbinnen werkzame hulpverleners) die zorg verlenen, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, privé-klinieken en gezondheidscentra, alsmede op extramurale samenwerkingsverbanden bestaande uit minimaal twee hulpverleners, zoals huisartsenpraktijken, fysiotherapiepraktijken en extramurale specialistenmaatschappen bijvoorbeeld van psychiaters.

Ten aanzien van hulpverleners die extramuraal werkzaam zijn in een solopraktijk is niet de KWZ van toepassing maar de Wet BIG. Deze voorziet in een vergelijkbaar systeem van toezicht en handhaving als in de KWZ. Als gevolg van deze nieuwe bestuurswetten zijn instellingen en individuele artsen verplicht op systematische wijze de kwaliteit van de zorg in stand te houden. Instellingen moeten jaarlijks voor 1 juni een kwaliteitsverslag uitbrengen, waarin aangegeven wordt op welke wijze uitvoering gegeven is aan het bieden van kwalitatief verantwoorde zorg. Daarin kan ook het (ingevolge de Wet klachtrecht cliënten zorgsector verplichte) jaarverslag, waarin aantal en aard van de door de klachtencommissie behandelde klachten moeten worden vermeld, worden opgenomen (zie ook paragraaf 2.3).

Huisartsen die in een groepspraktijk werkzaam zijn moeten gezamenlijk een kwaliteitsverslag maken. Dat moest voor het eerst in 1999 over het verslagjaar 1998. De inspectie⁷ ontvangt voor 1 juni ieder jaar een exemplaar. Voor ziekenhuizen, verpleeghuizen, gezondheidscentra en GGD'en geldt dat al voor het verslagjaar 1996. In 1998 (verslagjaar 1997) wordt deze groep uitgebreid met onder meer privé-klinieken, RIAGG's en verzorgingstehuizen. Hulpverleners die extramuraal in een solopraktijk werken zijn ingevolge de Wet BIG echter niet verplicht zo'n verslag te maken.

Met het toezicht op de naleving van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG is de inspectie voor de gezondheidszorg belast. Toezicht is bijvoorbeeld mogelijk door het betreden van plaatsen, zo nodig met behulp van de sterke arm, het verkrijgen van inlichtingen en het nemen van monsters. Wenst de inspectie in het kader van haar toezichthoudende taak binnen de instelling of naar aanleiding van een melding inzage te krijgen in gegevens van patiënten, dan is de arts ingevolge de KWZ respectievelijk de Wet BIG verplicht tot geheimhouding en kan hij medewerking weigeren, voorzover zijn geheimhoudingsplicht zich daartoe uitstrekt. Bij twijfel of een dergelijke situatie zich voordoet kunt u contact opnemen met de KNMG of uw beroepsvereniging. Voor de inspectie kan deze in de wet vastgelegde geheimhoudingsplicht aanleiding geven tot problemen bij de uitvoering van de toezichthoudende taak.

Geeft de instelling (respectievelijk de in de solopraktijk werkzame arts) geen gehoor aan de te treffen aanpassingen die volgens de inspecteur nodig zijn om kwalitatief verantwoorde zorg te kunnen bieden, dan voorzien de KWZ of de Wet BIG in een aantal handhavingsmogelijkheden, zoals een schriftelijke aanwijzing door de minister van VWS of, in geval van spoedeisendheid om veiligheids- of gezondheidsredenen, een schriftelijk bevel van de inspectie met een geldigheidsduur van zeven dagen (en een mogelijkheid van verlenging) op straffe van bestuursdwang (hulp van de politie of beletten van verdere toegang) of het opleggen van een dwangsom door de minister.

Taak van de inspectie bij meldingen

Voor het goed kunnen uitvoeren van de taken met betrekking tot toezicht en handhaving rond kwaliteit van zorg heeft de inspectie behoefte aan meldingen die kunnen wijzen op mogelijke misstanden. In de 'Leidraad onderzoek door de inspectie voor de gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen' (december 1996) is aangegeven op welke wijze de inspectie met meldingen omgaat. In de Leidraad van 1996 staat onder meer, dat de inspectie een melding alleen dan onderzoekt, indien deze wijst op een situatie die voor de algemene veiligheid of gezondheid een ernstige bedreiging kan betekenen of aanleiding geeft te veronderstellen dat de eisen in de KWZ of de Wet BIG in onvoldoende mate worden nageleefd en vanwege het belang van een goede gezondheidszorg onderzoek noodzakelijk is. Volgens de Leidraad wordt een melding in ieder geval niet door de inspectie onderzocht, indien deze betrekking heeft op een eenmalige gebeurtenis die niet van structurele betekenis is voor de kwaliteit van zorg, of als de melding betrekking heeft op een gebeurtenis die zich langer dan twee jaar geleden heeft voorgedaan, tenzij de inhoud van de melding onderzoek noodzakelijk maakt. Besluit de inspectie de melding niet te onderzoeken, dan moet zij dit schriftelijk en gemotiveerd aan de melder meedelen. Zij kan de melder dan verwijzen naar een andere instantie.

6.3 College bescherming persoonsgegevens: toetsing op naleving privacybescherming patiëntengegevens

Ingevolge de Wet bescherming persoonsgegevens (WBP, 2001) kan het College bescherming persoonsgegevens (CBP) op eigen initiatief of op verzoek van een belanghebbende een onderzoek instellen naar de wijze waarop met gegevens (bestanden) wordt omgegaan. De voorlopige bevindingen van het CBP worden aan de 'verantwoordelijke' voor de gegevensverwerking (bijvoorbeeld de raad van bestuur van een instelling of de huisartsgroep) verstrekt. Ook de belanghebbende ontvangt deze tenzij dat in strijd zou zijn met gewichtige belangen van derden. In 2001 heeft de KNMG een praktische handleiding voor artsen gemaakt¹⁰. Hierin zijn de belangrijkste eisen die uit de WBP voortvloeien opgenomen. In de bijlagen (waaronder een voorbeeld tekst voor patiëntenfolder) zijn de wetseisen naar de praktijk vertaald.

7 Geschillen met een collega of het ziekenhuis

7.1 Inleiding; (vermoeden van) disfunctioneren

Al eerder in deze brochure is op verschillende plaatsen het probleem van disfunctionerende artsen genoemd. In 1992/1993 is door Lens en Van der Wal in 21 Noord-Hollandse ziekenhuizen een onderzoek gedaan naar de omvang van het disfunctioneren van medisch specialisten.¹¹ Uit dit onderzoek bleek dat het om circa 5% van de werkzame specialisten over een periode van vijf jaar gaat. Naar schatting is dat percentage onder huisartsen nog wat hoger omdat intercollegiale controle onder deze groep, waarvan ongeveer de helft een solopraktijk heeft, minder groot is. Als symptomen van disfunctioneren werden in het onderzoek vooral genoemd: gebrek aan sociale vaardigheden, medisch-technische beoordelingsfouten en niet kunnen samenwerken. Ook werden alcoholverslaving, psychiatrische problemen, frauduleus handelen en seksuele intimidatie genoemd.

Laagdrempelige voorzieningen rond disfunctioneren

Het is niet eenvoudig voor een disfunctionerende arts noch voor zijn directe (werk)omgeving om de problemen rond het disfunctioneren in een vroeg stadium te (h)erkennen en op vertrouwelijke wijze bespreekbaar te maken. In de praktijk gaat er vaak heel wat tijd voorbij voordat het probleem daadwerkelijk aan de orde wordt gesteld.

Uiteraard is het heel belangrijk dat het disfunctioneren toch in een zo vroeg mogelijk stadium binnen de maatschap of waarnemgroep bespreekbaar wordt gemaakt, eventueel met hulp van een vertrouwensarts/collega of conflictbemiddelaar. Hiertoe kan ook het landelijke netwerk van contactpersonen geraadpleegd worden, dat in 1985 door de KNMG is geïntroduceerd. Het (vermoeden van) disfunctioneren kan hier ook door een familielid of collega gemeld worden, maar hulpverlening wordt door de contactpersoon pas ingezet als de collega, die in moeilijkheden verkeert, daar zélf om vraagt. Ongeveer tweewekelijks worden de namen en telefoonnummers van de 'landelijke contactpersonen' (psychologen, psychotherapeuten, psychiaters, artsen) voor individuele hulpverlening aan artsen in Medisch Contact afgedrukt. Ook de adressen van de 'anonieme dokters' voor groepshulpverlening aan artsen/lotgenoten staan daarbij vermeld. Uiteraard hebben deze personen een zwijgplicht. In de toekomst zal op initiatief van de KNMG mogelijk ook een netwerk worden opgezet van intermediairen, op wie artsen die te maken hebben met disfunctionerende collega's, in een vroeg stadium een beroep kunnen doen.

Lokaal worden ook initiatieven ontwikkeld. Binnen de DHV Utrecht wordt momenteel gekeken naar de mogelijkheden voor het opzetten van een laagdrempelige intercollegiale klachtenregeling. Uitgangspunt bij zowel het KNMG-netwerk als deze klachtenregeling is dat eerst geprobeerd wordt de klacht door gesprekken en bemiddeling op te lossen, waardoor verstoorde relaties en mogelijk ernstige (gezondheids- en/of materiële) schade voorkomen kunnen worden. Ook binnen ziekenhuizen worden initiatieven ontplooid, zoals het opzetten van intercollegiale begeleidingscommissies die tot belangrijkste taak hebben de communicatie tussen specialisten onderling te verbeteren. In de begeleiding van disfunctionerende artsen is het belangrijk dat gesprekken en gemaakte afspraken zorgvuldig worden vastgelegd en bevestigd en dat goede begeleiding en nazorg wordt geboden ter voorkoming van opnieuw 'ingraven'.

Ten aanzien van artsen werkzaam binnen instellingen wordt nogal eens gewezen op het belang van het verbeteren van de procedure rond het aangaan van een dienstverband c.q. het toelaten van specialisten tot het ziekenhuis, het regelmatig houden van functioneringsgesprekken door de (medisch) directeur en/of de voorzitter van het stafbestuur en het belang van een effectief signaleringssysteem binnen de maatschap, afdeling en medische staf (onder meer binnen de commissie Melding Incidenten Patiëntenzorg en klachtencommissie). Bovendien wordt gewezen op het belang van het ontwikkelen van een 'integraal kwaliteitsmanagement', waarbij de zorgprocessen en multidisciplinaire afdelingsoverstijgende aanpak centraal staan.¹² De wetenschappelijke verenigingen zullen daarbij ook een belangrijke adviserende rol moeten hebben.

Wanneer men niet wenst (of er niet in slaagt) het disfunctioneren op dit niveau te bespreken, te begeleiden en zo mogelijk op te lossen, zullen (of moeten) hoogdrempelige procedures worden gevolgd. Een mogelijkheid is dat de disfunctionerende arts door een collega in zijn hoedanigheid van rechtstreeks belanghebbende bij het tuchtcollege wordt aangeklaagd (zie ook paragraaf 3.3). Ook is mogelijk dat het disfunctioneren gemeld wordt bij de regionale inspecteur die de zaak zal moeten onderzoeken als deze wijst op een situatie, die voor de algemene veiligheid of

gezondheid een ernstige bedreiging kan betekenen. Of als het belang van een goede gezondheidszorg anderszins noodzaakt tot onderzoek (paragraaf 6.2). Voorzover nodig kan de inspecteur beslissen tot een spoedprocedure. De inspecteur kan ook overwegen de zaak voor te leggen aan het tuchtcollege of aan de strafrechter. Goede laagdrempelige voorzieningen (gericht op tijdige signalering en begeleiding) kunnen er aan bijdragen dat er geen gebruik hoeft te worden gemaakt van deze voor alle betrokkenen vervelende procedures.

7.2 Interne KNMG-tuchtspraak

Naast het door de wetgever ingestelde publieke tuchtrecht, zoals vervat in de Wet BIG, is er ook verenigingstuchtrecht. In dit verband kan genoemd worden de Raad voor de tuchtspraak KNMG. Deze Raad, die op 1 april 2002 is ingesteld, oordeelt over geschillen tussen artsen die lid zijn van een KNMG-beroepsvereniging of die rechtstreeks als lid bij de KNMG zijn aangesloten. De KNMG tuchtspraak is in het Reglement tuchtspraak KNMG geregeld. Dit reglement omschrijft het doel van de tuchtspraak als volgt: ‘... het weren en beteugelen van misslagen van een lid dat daardoor het vertrouwen in de geneeskundige stand ondermijnt of zich gedraagt in strijd met de waardigheid of de belangen van die stand dan wel zich schuldig maakt aan oncollegiaal optreden, onder meer zoals beschreven in de KNMG gedragsregels voor artsen of andere KNMG richtlijnen’.

Alleen de leden die rechtstreeks betrokken zijn bij de zaak waarover wordt geklaagd zijn bevoegd een klacht in te dienen. Ook is het mogelijk dat meerdere individuele leden - die allen bij de klacht betrokken zijn - gezamenlijk een klacht indienen. De klacht moet worden ingediend bij de secretaris van de Raad. De klacht moet door de klager persoonlijk zijn ondertekend met vermelding van naam, adres en woonplaats. De secretaris zorgt ervoor dat de aangeklaagde op de hoogte wordt gesteld van de klacht. Gedurende de gehele procedure kunnen partijen zich laten bijstaan door een advocaat of adviseur.

De Raad oordeelt met vijf leden. Vier van hen zijn arts en één van hen, de voorzitter, is jurist. Afhankelijk van de klacht die wordt ingediend kan de voorzitter in overleg met de secretaris de samenstelling van de Raad afstemmen op de expertise van de (plaatsvervangende) leden van de Raad. In zijn eindbeslissing kan de Raad verschillende maatregelen opleggen, te weten: Een waarschuwing, een berisping, ontneming voor een tijdvak van maximaal 5 jaar van het recht lid te zijn van een bestuur, commissie of enig ander college binnen de Federatie KNMG, schorsing van het lidmaatschap van een KNMG-beroepsvereniging of van het individueel lidmaatschap voor maximaal drie jaar of een definitieve schrapping van het lidmaatschap. Daarnaast kan de Raad in de uitspraak gemotiveerd bepalen dat de ene partij wordt veroordeeld tot het vergoeden van (een deel van) de gemaakte kosten van de andere partij. Daarnaast kan de Raad in de uitspraak gemotiveerd bepalen dat de ene partij wordt veroordeeld tot het vergoeden van (een deel van) de gemaakte kosten van de andere partij. Het is niet mogelijk om tegen de uitspraak in hoger beroep te gaan.

7.3 Arbitrage

In een maatschaps-/associatieovereenkomst tussen specialisten en tussen huisartsen is doorgaans de bepaling opgenomen, dat alle geschillen die ontstaan zijn door of betrekking hebben op de uitleg of uitvoering van de overeenkomst (bijvoorbeeld over opzegging, beëindiging, hoogte goodwill, waarneming), uitsluitend en in hoogste ressort zullen worden beslist door drie arbiters en niet zullen worden voorgelegd aan de gewone rechter, behoudens eventuele voorzieningen in kort geding wegens het spoedeisende karakter daarvan. Het gaat hier veelal om materiële geschillenbeslechting. Arbitrage vormt een alternatief voor de civiele rechter en is geregeld in het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering. Een advocaat is niet verplicht en de bewijsvoering is vrijer dan voor de civiele rechter. Als zich een geschil voordoet wordt doorgaans de voorzitter van de Beroepsvereniging (LHV of Orde van Medisch Specialisten) of van de KNMG gevraagd drie scheidslieden (arbiters) te benoemen, van wie de voorzitter meestal een jurist (advocaat) is. KNMG en beroepsverenigingen hebben overigens geen enkele bemoeienis met de procedure en de uitspraak. De andere leden kunnen bijvoorbeeld een registeraccountant en een (onafhankelijk) beroepsgenoot zijn, deskundig en ervaren op het terrein van het voorgelegde geschil. De uitspraak vindt plaats in de vorm van een bindend advies, dat zo spoedig mogelijk zal worden uitgebracht. De korte termijn waarbinnen het advies soms tot stand kan komen is een voordeel van deze vorm van geschillen-beslechting. De (soms hoge) kosten van arbitrage, die echter per geval variëren omdat zij afhankelijk zijn van de complexiteit en het tijdsbeslag, worden gedragen door partijen in een verhouding die door de scheidslieden wordt bepaald. Doorgaans moet een voorschot

voor de kosten van de te benoemen arbiters betaald worden. Wordt een advocaat ingeschakeld dan zijn de kosten daarvan voor eigen rekening, tenzij men een beroep kan doen op vergoeding via een rechtsbijstandsverzekering.

7.4 Scheidsgerecht Gezondheidszorg

In het modeltoelatingscontract tussen ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialist, dat praktisch overal wordt gehanteerd, is bepaald dat geschillen tussen ziekenhuis en specialist moeten worden voorgelegd aan het Scheidsgerecht Gezondheidszorg. In de modelovereenkomst van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband, van belang indien sprake is van een dienstverband tussen de instelling en de specialist, wordt de mogelijkheid geboden het geschil aan het Scheidsgerecht voor te leggen. In 1999 is besloten tot een herziening van de beheersstructuur van het scheidsgerecht en aanpassing van de naam in Stichting Scheidsgerecht Gezondheidszorg. Het Scheidsgerecht oordeelt onder meer over geschillen tussen instellingen en daaraan verbonden personen of samenwerkingsverbanden. In het Reglement van 1999 zijn de bevoegdheden, samenstelling en de verplichtingen van de leden van het Scheidsgerecht opgenomen. Het Scheidsgerecht beslist bij wege van bindend advies tenzij de partijen zijn overeengekomen om het geschil via bindend advies op te lossen. Het Scheidsgerecht doet in spoedeisende zaken uitspraak in kort geding (door de voorzitter; aan deze kan gevraagd worden een voorlopige maatregel te nemen) of in voltallige kamer en kan deze publiceren. Het voordeel van een procedure voor het Scheidsgerecht is dat deze snel en goedkoop is. Er is specialistische deskundigheid aanwezig (samenstelling: (vice-)voorzitter, één of twee medisch specialisten en één of twee bestuurders) en vertegenwoordiging door een advocaat is niet verplicht. In de periode 1975-1995 ging het in circa 25% van de geschillen om vermeend disfunctioneren van de specialist¹³. In het merendeel van de gevallen vormde de slechte samenwerking (met collegae, het personeel, het ziekenhuisbestuur of de externe omgeving) de aanleiding tot het conflict. In een veel kleiner aantal gevallen ging het om medisch-technisch disfunctioneren. Andere geschillen betroffen onder meer procedures met het ziekenhuis over praktijkoverdracht en goodwill, geschillen over waarneemdiensten, over faciliteiten en over honorering. Ongeveer in 60% van de gevallen werd het ziekenhuis in het gelijk gesteld. Het Scheidsgerecht kan verschillende maatregelen opleggen zoals een schorsing of opzegging/beëindiging met onmiddellijke ingang of op termijn of een verbod (bepaalde) werkzaamheden langer uit te voeren. Als daartoe aanleiding bestaat wordt de door de specialist geëiste schadevergoeding toegekend. Dat zal in beginsel het geval zijn als het scheidsgerecht van mening is dat de toelatingsovereenkomst of arbeidsovereenkomst met de betreffende specialist niet rechtsgeldig is beëindigd.

Maar ook als het ziekenhuis in het gelijk wordt gesteld kunnen de redelijkheid en billijkheid of de gedragingen, (mede)schuld of risico van het ziekenhuis met zich meebrengen, dat schadevergoeding wordt toegekend aan de specialist. Het toekomstperspectief van de specialist(en) kan hierin onder meer een rol spelen.

8 Tips voor het omgaan met een klacht of claim

Het laatste hoofdstuk van dit consult wordt afgesloten met enkele tips die betrekking hebben op het omgaan met een klacht of claim. Zaken die nogal eens over het hoofd worden gezien en verder escaleren mogelijk kunnen voorkomen. Deze tips vatten samen wat u moet doen als u met ongenoegens, een klacht of aansprakelijkstelling wordt geconfronteerd.

- Houd uw deskundigheid op peil, niet alleen medisch-technisch maar ook bijvoorbeeld op het gebied van nieuwe relevante wet- en regelgeving, gedragsregels, patëntenrechten en procedurele richtlijnen vanuit de beroepsorganisatie. Goede bij- en nascholing is niet alleen van belang voor de kwaliteitsbevordering maar kan ook klachten en claims voorkomen.
- Als u meent of vermoedt dat zaken echt fout zijn gelopen of misverstanden zijn opgetreden, neem dan zelf initiatief om dit uit te praten met de patiënt. Het kan een klachtenprocedure voorkomen.
- Neem een klacht serieus. Besteed er tijd aan en laat het niet liggen. Een klager besluit niet zo maar tot een klacht maar is daar vaak al lang mee bezig. Slechte communicatie, onheuse bejegening, geen begrip willen tonen voor de ontstane situatie of distantie leiden vaak tot het uiteindelijk (alsnog) indienen van een klacht. Vaak kunt u dus anticiperen op een klacht.
- Het is zeker niet verstandig op een klacht te reageren met een potig verweerschrift. Een emotionele reactie draagt niet bij aan een oplossing en is zeker niet de basis van een adequaat verweer. Beperk u in een verweerschrift tot objectieve gegevens en beargumenteer waarom u op de door u gekozen wijze heeft gehandeld, laat het oordelen en zeker het veroordelen van de klager of collegae over aan het tuchtcollege. Stuur een verweerschrift, geschreven in een eerste opwelling en zonder een deskundige te raadplegen, nooit weg. Raadpleeg altijd een deskundige bij een klacht of claim, bijvoorbeeld uw rechtsbijstands- of aansprakelijkheidsverzekeraar of de KNMG.
- Voor hulp bij het opstellen van uw verweer tegen een klacht kunt u als KNMG-lid altijd gratis terecht bij de KNMG. Indien u met een schadeclaim wordt geconfronteerd, bijvoorbeeld door een brief van de advocaat van de patiënt met het verzoek hierop te reageren, dient u altijd eerst contact op te nemen met uw beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar. Alleen uw verzekeraar, of in latere instantie, de rechter kan bepalen of er al dan niet uitgekeerd zal worden. U kunt dus nooit de patiënt toezeggen dat u aansprakelijk bent voor de schade en er een vergoeding zal volgen. Het is verstandig na te gaan of u (eventueel collectief) verzekerd bent voor beroepsaansprakelijkheid en rechtsbijstand. Iets anders is, dat het voorgaande u niet belet met de patiënt of diens vertegenwoordiger(s) te bespreken wat er mogelijk mis is gegaan of anders is gelopen dan was verwacht en dat u daarvoor uw excuses aanbiedt. Voor beide partijen is dit vaak bevredigender. En veelal zal het een klachtenprocedure of claim kunnen voorkomen.
- Het ontvangen van een klacht is voor de meeste artsen ook een zeer emotionele en ingrijpende ervaring. Het is niet altijd makkelijk daar met anderen over te praten terwijl het toch verstandig is om de emoties met iemand op vertrouwelijke basis te delen. Bijvoorbeeld met een collega binnen de maatschap, waarneemgroep of HAGRO. Ook kunt u contact opnemen met een van de vertrouwenspersonen van het landelijk netwerk dat eerder door de KNMG is geïntroduceerd (zie hoofdstuk 7.1). De arsteninfolijn van de KNMG (tel. 030 28 23 322), of de rubriek 'Contactwijzer' in Medisch Contact kan u aan namen en adressen helpen.

9 Literatuurlijst

Aanbevolen literatuur

Boerhaave Commissie voor Postacademisch Onderwijs in de Geneeskunde, Medisch tuchtrecht en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, onder redactie van J. Bennebroek Gravenhorst en A. Deelder-Kamerling, Boerhaave cursus 13 december 1996, Rijksuniversiteit Leiden

W.R. Kastelein, Van klagen naar klachtrecht, het klachtrecht van de patiënt in de gezondheidszorg, tweede druk. Gouda Quint, Arnhem, 1994.

KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, Vademecum II.03

KNMG Gedragsregels voor artsen, Vademecum II.01

KNMG consult 'Arts en patiëntenrechten', Vademecum V.02

KNMG consult Arts en Wet BIG, Vademecum IV.02

KNMG 'Modelregeling klachtenbehandeling gezondheidszorg', Vademecum VIII.01

H.J.J. Leenen (†), Handboek gezondheidsrecht, Gezondheidszorg en recht, Deel II, vierde druk. Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 2002.

Ministerie van VWS, Tuchtrecht in de gezondheidszorg, een klacht indienen bij het Tuchtcollege, Rijswijk, november 1997.

W.H.J.M. Verstappen en M.H. Conradi, Fouten en klachten, Practicum huisartsgeneeskunde, een serie voor opleiding en nascholing. Wetenschappelijke uitgeverij Bunge, Utrecht, 1997.

10 Nog vragen?

Bij de KNMG aangesloten artsen kunnen zich gratis laten adviseren en ondersteunen door medewerkers van de KNMG. Gebleken is dat al veel artsen deze weg hebben gevonden. Uw vraag kan bijvoorbeeld betrekking hebben op hoe te handelen op een brief van een advocaat waarin u aansprakelijk wordt gesteld, een verzoek van een patiënt om een geneeskundige verklaring af te geven, de voorwaarden voor het verstrekken van informatie aan derden, bijvoorbeeld aan een verzekeraar, de bedrijfsarts of de politie, het beoordelen van het privacyreglement dat binnen uw praktijk wordt gebruikt, de stand van zaken rond patiëntenrechten zoals het recht op inzage of vernietiging van gegevens, de voorwaarden die uit de wet voortvloeien voor elektronische vastlegging van gegevens, gegevensverstrekking ingevolge de nieuwe sociale verzekeringswetgeving in het bijzonder bij ziekte of arbeidsongeschiktheid, etc. Voor meer informatie kunt u telefonisch contact opnemen via de artseninfolijn (030) 28 23 322.

Voor meer informatie kunt u telefonisch contact opnemen via de artseninfolijn (030) 28 23 322.

Daarnaast kunnen alle KNMG-leden bij het secretariaat terecht voor gratis ondersteuning bij een klachtprocedure. Een jurist en een arts zijn u behulpzaam bij het schrijven van een verweer en kunnen u informeren en adviseren over de klachtenprocedure en over een eventueel in te schakelen advocaat. Contactpersoon is mw. mr. R.M.S. Doppegieter (030)-2823 765.

11 Adressen van organisaties en instanties

Beroepsorganisaties

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)

Postbus 20051, 3502 LB Utrecht
tel. (030) 28 23 911, (030) 28 23 326

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Postbus 20056, 3502 LB Utrecht
tel. (030) 28 23 723, (030) 28 90 400

Orde van Medisch Specialisten (Orde)

Postbus 20057, 3502 LB Utrecht
tel.(030) 29 85 185, (030) 29 85 190

Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Postbus 20058, 3502 LB Utrecht
tel.(030) 28 23 360, (030) 28 87 820

Informatie voor patiënten (zie paragraaf 2.2)

Landelijk Informatiepunt voor Patiënten (LIP)

Postbus 9101, 3506 GC Utrecht
tel.(030) 26 61 661, (030) 26 17 372

Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF)

Postbus 1539, 3500 BM Utrecht
tel.(030) 29 70 303, (030) 29 70 606

de adressen van de Informatie- en Klachtenbureaus voor de Gezondheidszorg (IKG's) in de regio kunnen via het LIP (zie hierboven) worden verkregen.

Tuchtcolleges (zie hoofdstuk 3)

centraal tuchtcollege

Postbus 20302, 2500 EH Den Haag
tel.(070) 31 54 120, (070) 31 54 129

tuchtcollege Amsterdam

Postbus 84500, 1080 BN Amsterdam
tel.(020) 54 12 776
(ambtsgebied Noord-Holland en Utrecht)

tuchtcollege Den Haag

Postbus 97831, 2509 GE Den Haag
tel.(070) 35 00 973
(ambtsgebied Zuid-Holland en Zeeland)

tuchtcollege Eindhoven

Postbus 61, 5600 AB Eindhoven
tel.(040) 23 28 599
(ambtsgebied Noord-Brabant en Limburg)

tuchtcollege Groningen

Oude Ebbingestraat 91, 9712 HG Groningen
tel.(050) 31 40 640
(ambtsgebied Groningen, Friesland en Drenthe)

tuchtcollege Zwolle

Postbus 10067, 8000 GB Zwolle
tel.(038) 42 89 411
(ambtsgebied Overijssel, Gelderland en Flevoland)

Geschillencommissie Ziekenhuizen (zie paragraaf 4.4)

Postbus 90600, 2509 LP Den Haag
tel.(070) 31 05 310, (070) 36 58 814

Inspectie (zie paragraaf 6.2)***Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)***

Postbus 16119, 2500 BC Den Haag
tel.(070) 34 07 911, (070) 34 05 140

inspectie voor de gezondheidszorg voor de regio Groningen, Friesland en Drenthe

Postbus 30019, 9700 RM Groningen
tel.(050) 59 92 600, (050) 59 92 601

inspectie voor de gezondheidszorg voor de regio Gelderland en Overijssel

Postbus 9013, 6800 DR Arnhem
tel.(026) 35 28 250, (026) 35 28 246

inspectie voor de gezondheidszorg voor de regio Utrecht en Flevoland

Postbus 2680, 3500 GR Utrecht
tel.(030) 23 38 787, (030) 23 21 912

inspectie voor de gezondheidszorg voor de regio Noord-Holland

Postbus 6160, 2001 HD Haarlem
tel.(023) 51 60 330, (023) 53 27 236

inspectie voor de gezondheidszorg voor de regio Zuid-Holland

Postbus 5837, 2280 HV Rijswijk
tel.(070) 37 23 100,(070) 37 23 110

inspectie voor de gezondheidszorg voor de regio Noord-Brabant en Zeeland

Postbus 90137,5200 MA Den Bosch
tel.(073) 62 07 300, (073) 62 07 330

inspectie voor de gezondheidszorg voor de regio Limburg

Postbus 44, 6200 AA Maastricht
tel.(043) 35 14 200, (043) 35 14 232

CBP | College Bescherming Persoonsgegevens (zie paragraaf 6.3)

Postbus 93374, 2509 AJ Den Haag
tel.(070) 38 11 300, (070) 38 11 301

Landelijke contactpersonen en anonieme dokters (zie paragraaf 7.1):

ongeveer tweewekelijks worden in Medisch Contact de adressen van de landelijke contactpersonen en anonieme dokters voor individuele c.q. groepshulpverlening aan artsen gepubliceerd.

Interne KNMG-tuchtrechtspraak (Zie hoofdstuk 7.2)

Raad voor de tuchtrechtspraak KNMG
mr D.Y.A. van Meersbergen, secretaris
Postbus 20051, 3502 LB Utrecht030-2823765

Arbitrage (zie paragraaf 7.3)

zie de adressen van de beroepsorganisaties

Scheidsgerecht Gezondheidszorg (zie paragraaf 7.4)

Postbus 9696, 3506 GR Utrecht
tel.030-273 92 85, 030-273 94 38

Afkortingen

WBP	Wet bescherming persoonsgegevens (1-9-2001)
Wet BOPZ	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (17-1-1994)
WGBO	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (1-4-1995)
WKCZ	Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1-8-1995)
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen (1-4-1996)
Wet BIG	Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg (1-12-1997)
DHV	Districts Huisartsen Vereniging
RHV	Regionale Huisartsen Vereniging
IKG	Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg
LIP	Landelijk Informatiepunt voor Patiënten
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LVSG	Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen
Orde	Orde van Medisch Specialist

Noten

1. Als opvolger van KNMG Consult 'Arts en rechter' nr. 16-1988.
2. Waar 'hij' staat zou evengoed 'zij' kunnen staan.
3. Zie hoofdstuk 9 van de 'KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens'
4. Besluit van 3 november 1993, Staatsblad 564, laatstelijk gewijzigd bij Besluit van 2 april 2001, Staatsblad 214.
5. KNMG Code beheer en verkeer sociaal medisch gegevens in het kader van de uitvoering van de gewijzigde sociale verzekeringswetgeving (TZ/Arbowet).
6. Voor nadere informatie: KNMG Consult 'Arts en patiëntenrechten', paragraaf 4.10. en 4.11. (zie literatuurlijst).
7. Circulaire van het staatstoezicht op de volksgezondheid d.d. 15 maart 1997, ref. 1997-03 IGZ inzake kwaliteitsjaarverslag.
8. R.M.S. Doppegieter, Patiëntendossiers en de Wet persoonsregistraties. Medisch Contact 1989 nr. 44, p. 1379-1383.
9. R.M.S. Doppegieter, Elektronische berichtgeving. Medisch Contact nr. 44-1996, p. 1434-1436.
10. Privacywetgeving en het omgaan met patiëntgegevens, Vademecum V.05
11. P. Lens en G. van der Wal. Een onderzoek naar disfunctioneren van specialisten. NTvG 1994; 138: p. 1394-1396.
12. Invitational conference 'de dokter zit klem', preventie en hulp bij disfunctioneren, KNMG, 29 november 1996.
13. Ph.S. Kahn, Disfunctionerende specialisten: een analyse van de jurisprudentie van het Scheidsgerecht. TvGR (1997) nr. 3, p. 175-183.