

uitspraak tuchtcollege

Beroepsgeheim na overlijden

Een nabestaande verwijt een arts een te late diagnose en verkeerde behandeling bij haar overleden partner. Om dat hard te maken, heeft ze echter een kopie van het medisch dossier nodig, maar de arts weigert haar die te verstrekken. Waarom? Van 'veronderstelde toestemming van de overledene' mag niet worden uitgegaan, omdat deze zijn partner bij leven nooit heeft willen informeren over zijn ziekte, noch over behandeling daarvan. Dus waarom dan wel na zijn dood?

Het regionaal tuchtcollege ontzegt daarmee de nabestaande 'belanghebbende' te zijn en verklaart haar tot niet-ontvankelijk en komt daarmee niet eens toe aan een inhoudelijke behandeling van de zaak.

Dat de term 'nabestaande' niets hoeft te zeggen over de intimiteit van de relatie, zelfs als het de partner van de overledene betreft, blijkt ook maar weer.

B.V.M. Crul, arts
mr. D.Y.A. van Meersbergen, jurist KNMG

Regionaal Tuchtcollege voor de
Gezondheidszorg te 's-Gravenhage
d.d. 8 december 2009

Het college heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van A, wonende te B, klaagster, tegen C, werkzaam in D te E, de persoon over wie geklaagd wordt, hierna te noemen de arts.

1. Het verloop van het geding

Het klaagschrift is ontvangen op 5 januari 2009. Een reactie hierop is ontvangen van F, jurist medische zaken van D. Klaagster heeft hierop gereageerd bij brief van 12 mei 2009. Vervolgens is de zaak ingevolge artikel 66, vierde lid Wet BIG ter beoordeling van de ontvankelijkheidsvraag op 8 december 2009 in raadkamer behandeld.

2. De feiten

Klaagster is de partner geweest van de heer G, geboren in 1949 en overleden in 2009 (verder: patiënt). De arts heeft patiënt behandeld. Patiënt heeft klaagster nooit willen informeren over zijn ziekte en/of behandeling daarvan. Om die reden heeft de arts geweigerd aan klaagster een kopie van het medisch dossier ter beschikking te stellen.

3. De klacht

Klaagster verwijt de arts een te late diagnose van niertumor bij patiënt, onvoldoende informatie over de behandeling, de gevolgen en eventuele alternatieven, verkeerde medicatie en te laat ingrijpen bij vocht- en voedseltekort.

4. Het verweer

De arts beroept zich primair op zijn geheimhoudingsplicht jegens patiënt, die niet bij zijn dood eindigt.

5. Beoordeling van de ontvankelijkheid

5.1 Allereerst dient te worden onderzocht of klaagster in haar klacht kan worden ontvangen. Hierbij dient getoetst te worden of klaagster kan worden aangemerkt als rechtstreeks belanghebbende in de zin van artikel 65, eerste lid aanhef en onder a Wet BIG. Het college is van oordeel dat dit

Goedaardige knobbel

Zaaknummer: RTC Eindhoven 0992, uitspraak 26 juli 2010 Specialisme: Chirurg

Uitspraak: Waarschuwing

Klager: Patiënte

Relevantie voor de beroepsbeoefenaren: De arts was gefocust op plastisch-chirurgische casus en de klachten die patiënte postoperatief had. Hij heeft daardoor noodzakelijke diagnostiek van de palpabele knobbel achterwege gelaten. Het feit dat achteraf deze knobbel inderdaad goedaardig was, doet hier niets aan af.

Feiten: Op 16 augustus 2008 heeft patiënte in de kliniek waar de arts werkzaam is, een borstvergroting ondergaan die door de arts is verricht. Patiënte is preoperatief goed voorgelicht. Patiënte is op 30 augustus 2008 en 1 november 2008 op controle geweest. Bij die laatste controle heeft de arts naar aanleiding van klachten van patiënte de mogelijkheid geuit de protheses te verwijderen en deze later door andere te vervangen. Ook werd een knobbel gevoeld. De arts oordeelde dat er sprake was van een fibroadenoom in de borst van patiënte en achtte verder onderzoek niet nodig...

Overwegingen van het tuchtcollege:

Op www.medischcontact.nl/selectie_van_de_inspectie vindt u de overwegingen van het tuchtcollege en meer feiten.



/selectie_van_de_inspectie

niet het geval is en overweegt daartoe als volgt.

5.2 Voorop wordt gesteld dat de klacht is ingediend bij leven van patiënt, terwijl niet is gebleken van toestemming van patiënt voor het indienen van deze klacht. Desondanks wordt in de regel een naaste betrekking van een inmiddels overleden patiënt, zoals klaagster, als rechtstreeks belanghebbende aangemerkt. In deze zaak is er echter grond voor uitzondering op deze regel. Vaststaat immers dat patiënt zelf klaagster nooit heeft willen informeren over zijn ziekte en/of behandeling daarvan, zodat aangenomen moet worden dat patiënt evenmin heeft gewild dat klaagster deze gegevens langs andere weg zou verkrijgen, ook niet via de weg van een behandeling van een klacht bij dit college.

De conclusie moet dan ook zijn dat de meerderjarige patiënt toestem-

ming tot het indienen van de klacht heeft onthouden. Onder deze omstandigheden kan klaagster niet als rechtstreeks belanghebbende worden aangemerkt.

5.3 Hier komt nog het volgende bij. Een zinvolle behandeling van de klacht is niet mogelijk zonder beoelde behandelgegevens aan klaagster te openbaren. Nu de arts zich naar het oordeel van het college op goede gronden op zijn geheimhoudingsplicht beroept, dient ook dit tot niet-ontvankelijkheid van klaagster te leiden.

5.4 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, wordt publicatie van deze beslissing gelast.

Rechtdoende:

- verklaart klaagster niet-ontvankelijk in de klacht.

Bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing. Deze beslissing is gegeven in raadkamer op 8 december 2009 door mr. M.A.F. Tan-de Sonnaville, voorzitter, mr. M.E. Honée, lid-jurist, drs. A.J.M.F. Janssen, prof. dr. J.T. van Dissel en drs. W.V.M. Perquin, leden-artsen, en bijgestaan door mr. J.P. Hoogland, secretaris.



Log in en discussieer mee of bekijk eerdere uitspraken op www.medischcontact.nl

praktijkperikel

Chirurgisch materiaal

Sinds kort werk ik als aios chirurgie in een groot perifeer ziekenhuis. Ik heb de chirurgische gastro-enterologiezaal onder mijn hoede en daar liggen gemiddeld 25 patiënten. Met pathologie variërend van appendicitis tot oesofaguscarcinoom en pancreascarcinomen, waarvoor oesofagusresecties dan wel whippleprocedures. Wij dragen om 8.00 uur over en daarna begin ik mijn visite. Om 13.00 uur moet ik op de ok zijn.

Ik heb de coassistent een week laten bijhouden waar ik mijn tijd aan spendeer op een dag. Gemiddeld per patiënt komen daar de volgende getallen uit:

- 1 minuut inlezen (waarom ligt deze patiënt hier, wat is zijn voorgeschiedenis en wat staat er in het ok-verslag);
- 3 minuten patiëntcontact (anamnese en lichamelijk onderzoek);
- 1 minuut alle medicatie van de patiënt doornemen en zo nodig aanpassen;
- 1 minuut laboratoriumuitslagen controleren en zo nodig nieuw onderzoek aanvragen;
- 1 minuut diagnostiek (CT-scans, x-thorax, inloophoto's en dergelijke bekijken);

- 2 minuten statusvoering (heel belangrijk, alles opschrijven);
- 3,5 minuut regelwerk (interne in consult, CT-scan, echo, duplex aanvragen of aanmelden voor ok of overleg met de baas).

Als dit alles soepel gaat, mijn pieper zwijgt en de verpleging mij niets vraagt, dan ben ik 12,5 minuut per patiënt kwijt. Keer 25 patiënten is 300 minuten ofwel 5 uur. Dat betekent dat ik als ik om 08.15 begin, ik om 13.15 klaar ben. Maar dat kan niet, want een kwartier geleden moest ik op de ok zijn. Ook heb ik nog geen ontslagbrieven geschreven en niet gegeten. Verder komen de verpleegkundigen in werkelijkheid om de 10 minuten met vragen.

Eigenlijk lukt dit alles mij dus niet, maar dat mag niemand weten. Laatst klaagde een collega van mij namelijk hierover en toen werd er tegen hem gezegd dat hij geen chirurgisch materiaal was. Ik wil dat wel zijn. Daarom skip ik het onderdeel medicatie, snauw ik tegen iedereen die mij lastigvalt, kort ik het patiëntencontact in tot 1 minuut en kruis ik zonder na te denken het labformulier aan. Dan kan ik lekker lunchen en op tijd opereren en ben ik wel chirurgisch materiaal.