

Magazine van VvAA

# Betrokken



## Klacht of claim: wat als het u overkomt?

Zorgverleners en VvAA-deskundigen vertellen

### Toetsingsgesprek na euthanasie

Huisarts: "Eerst uit de emotie komen"

### Van incident naar bespreekmoment

Tandarts: "De naald brak af in het weefsel bij de onderkaak"

### Dierenarts krijgt tuchtklacht

"Communicatie is essentieel"



**21** In de praktijk:  
tandarts over incidenten



**14** “Je bouwt een band  
op die tegen een stootje kan”

## Inhoudsopgave

**04** Introductie

**08** Begrippenlijst

**09** Open het gesprek in bij een klacht, claim of incident

**14** Zorgverleners over klachten (voorkomen)

**18** Arts en Peer support-coach Elles Bindels: “Leren,  
maar ook herstellen van een impactvolle gebeurtenis”

**21** Tandarts en praktijkmanager zien zorgkwaliteit stijgen  
door incidenten te bespreken: “Begin laagdrempelig”

**24** Openheid bij incidenten: wat vertel je wanneer?

**28** Vijf tips voor effectieve communicatie

**29** De impact van een claim:  
“Ik was ervan overtuigd dat ik juist had gehandeld”

**32** Klaagschrift op de mat:  
advocaat en ziekenhuisjurist staan arts bij



**09** Klacht, incident of claim:  
“Begin met luisteren”

### Colofon:

Redactie: Hilke van Bergen (Reputatiegroep), Saskia Bogaart (Slimme Content), Tjomme Reeringh, Martijn Reinink (Arts en Auto).  
VvAA: Lenore Beij, Claire Blaauw, Valéry Daniels, Remco Heukels, Agatha Hielkema, Jet Meijwes, Jobien Olijhoek, Timo van Oosterhout, Shirin Slabbers, Annemarie Smilde, Frederieke van Velzen.  
Vormgeving: Canon The Creative Hub.  
Beeld: Canon The Creative Hub, Shutterstock.  
Video: Canon The Creative Hub.

© Copyright VvAA 2020

Niets uit deze uitgave mag op welke wijze dan ook worden vervaelvoudigd zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de redactie of VvAA. VvAA en de betrokken redactie en medewerkers aanvaarden geen aansprakelijkheid voor mogelijke gevolgen die zouden kunnen voortvloeien uit het gebruik van de in deze uitgave opgenomen informatie.



**51** Wat weet de (para)medisch student van klachten en claims?



**36** Toetsing na euthanasie  
“Ik heb ervan geleerd”

Op de cover: huisarts Odette Schouten

**36** “Eerst uit de emotie komen”: artsen op gesprek bij de Toetsingscommissie Euthanasie

**40** Zo werkt het toetsingsproces na euthanasie

**44** De patiënt kijkt mee in het dossier:  
Wat betekent online inzage in de praktijk?

**48** “Dokter, u vindt het toch niet erg als ik even een filmpje maak?”  
Over beeldopnames van videoconsulten

**51** Summiere aandacht voor klachten en claims tijdens studie: “Scenario nog ver weg”

**54** Dagelijkse vragen over verzekeringen:  
“Aansprakelijkheid is echt locatie-bepaald”

**56** Wanneer ben je als medisch specialist waarvoor verzekerd? Rechtsbijstand- en aansprakelijkheidsverzekering in kaart

**58** Dierenarts krijgt tuchtklacht:  
“Communicatie is essentieel”

**62** Ondersteuning en contact VvAA



**48** “Dokter, u vindt het toch niet erg als ik even een filmpje maak?”



**29** Impact van een claim



### **Juridische ondersteuning**

Als juridisch adviseur voor zorgverleners biedt VvAA advies en ondersteuning bij gemiddeld vijfduizend zaken per jaar in uiteenlopende kwesties. Van (het voorkomen van) tuchtklachten tot medisch beroepsgeheim en privacy tot arbeidsgeschillen of onderlinge geschillen binnen samenwerkingsverbanden van zorgverleners. In ruim 20% van het totaal aantal zaken die dienden bij de regionale tuchtcolleges (1513) werden zorgverleners bijgestaan door VvAA.



# Wat als er onverhoopt iets (bijna) misgaat

## Openhartige verhalen van betrokken zorgverleners

**D**e zorg in Nederland is van hoge kwaliteit. Toch gaat er weleens iets mis. De kans dat u hier als zorgverlener minstens één keer bij betrokken raakt, is aanzienlijk. Dit kan leiden tot onvrede, een klacht, tuchtklacht, een geschil en/of schadeclaim. Hoe handelt u dan?

Wanneer een patiënt zijn onvrede uit, spreken we van een klacht. Lukt het niet om daar met de zorgverlener en/of klachtenfunctionaris uit te komen, dan kan de zorgverlener te maken krijgen met de geschillencommissie of de tuchtrechter en bij een schadeclaim met het afwikkelingstraject bij de aansprakelijkheidsverzekeraar. Ook kiest een patiënt soms voor een melding bij de IGJ of voor de strafrechtelijke route.

De impact van een klacht of claim is vaak groot. Naast de zorg die u biedt in de dagelijkse praktijk krijgt u te maken met juridische procedures die rond de klacht of claim in werking treden. Soms zijn er financiële consequenties in verband met schadeclaims. Daarnaast zien we het effect op het werkplezier en op het privéleven vanwege de mentale belasting en de angst voor de gevolgen, zoals reputatieschade.

### **Betrokken zorgverleners vertellen**

In dit magazine leest u persoonlijke verhalen van betrokken collega-zorgverleners. We zijn trots op hen omdat zij openlijk spreken over zaken die anders liepen dan voorzien. Zo kregen zij onder meer te maken met een klacht, claim of een uitgebreide toetsing na een euthanasieverlening.

Op pagina 29 leest u het verhaal van een huisarts die een claim ontving. Hoewel zorgverleners met een aansprakelijkheidsverzekering bij een claim niet zelf direct hoeven op te draaien voor de financiële gevolgen van die claim, is die eerder genoemde impact enorm. "Het is me duidelijk geworden hoe kwetsbaar ik ben", aldus de huisarts.

# “De zorg in Nederland is van hoge kwaliteit”



## Leren van claimdata

Veel zorgverleners verzekeren hun rechtsbijstand en beroepsaansprakelijkheid bij VvAA, waaronder ruim 80% van de huisartsen in Nederland.

Analyse van (anonieme) claimgegevens leidt tot bevindingen die VvAA deelt met zorgverleners en beroepsorganisaties. Zo helpen we, op onze manier, zorgverleners het risico op een klacht en/of claim te beperken en leveren we indirect een bijdrage aan de kwaliteit van zorg.



Sigrid Stevens



Melchior Spies

### **Praktische informatie van betrokken deskundigen**

De persoonlijke verhalen van zorgverleners worden afgewisseld met praktische informatie en tips van betrokken VvAA-deskundigen die zorgverleners van begin tot eind bijstaan in deze trajecten: juridisch, financieel, praktisch en mentaal. Zij vertellen hoe u omgaat met (nieuwe) wetgeving die mogelijk de behandelrelatie met de patiënt kan beïnvloeden en wat u als zorgverlener (van te voren) moet regelen of kunt verwachten als het onverhoopt misgaat.

Hoe zorgverleners omgaan met een ontevreden patiënt of een klacht, vertellen ze op pagina 14. "Mensen onthouden niet alles wat er tijdens een behandeling wordt gezegd. Daar zijn we alerter op geworden."

Al bij de eerste uiting van onvrede van een patiënt kunnen VvAA-leden bij VvAA terecht voor advies. Door tijdig te de-escaleren, voorkomen we met elkaar veel (tucht)klachten. Zowel arts als patiënt zijn daar in de regel enorm bij gebaat.

### **Betrokken verzekeren**

VvAA blijft zich zonder winst oogmerk hard maken voor het duurzaam verzekeren van aansprakelijkheid en rechtsbijstand. Dan zijn zorgverleners en patiënten beschermd als het onverhoopt (bijna) misgaat. Wij blijven ook verhalen van zorgverleners delen, net als analyses van klacht- en claimdata. Onder andere via [vvaa.nl/klachtenclaim](http://vvaa.nl/klachtenclaim). Zo kunnen we met en van elkaar leren.

### **Wat is uw verhaal? Of waar bent u benieuwd naar?**

Bent u ook 'betrokken' en wilt u uw verhaal delen? Of heeft u een vraag op het gebied van gezondheidsrecht, medische aansprakelijkheid of over onze producten of diensten? Laat het ons weten via [betrokken@vvaa.nl](mailto:betrokken@vvaa.nl).

Melchior Spies, directeur Verzekeren VvAA

Sigrid Stevens, directeur Juridisch advies en rechtsbijstand VvAA

## Begrippenlijst

**De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is hoog; desondanks gaat ook hier soms iets niet goed. Dan kan het zijn dat bepaalde instanties op de hoogte moeten worden gebracht. Of dat er een klacht of claim van de patiënt volgt. Kent u alle termen die bij deze processen aan bod kunnen komen? De belangrijkste op een rij:**

### **Incident:**

Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en tot schade bij de patiënt heeft geleid, had kunnen leiden of (nog) zou kunnen leiden.

Alle incidenten moeten worden gemeld binnen het systeem van 'veilig incidenten melden' dat door de zorgverlener wordt gehanteerd met als doel hiervan te leren. Incidenten die merkbare gevolgen voor de cliënt/patiënt hebben of in de toekomst kunnen hebben, moeten aan de cliënt worden gemeld. De Wkkgz verplicht zorgverleners bij een incident bepaalde aantekeningen in het medisch dossier te maken.

### **Complicatie:**

Een onbedoelde of ongewenste uitkomst van zorg, tijdens of volgend op het (niet) handelen van een hulpverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is, dan wel dat er sprake is van (onherstelbare) schade.

Bij een complicatie moet de interne meldprocedure worden gevolgd.

### **Calamiteit:**

Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van, of een ernstig scha-

delijk gevolg voor, de patiënt heeft geleid. Een calamiteit moet worden gemeld bij de IGJ. De zorgverlener heeft 6 weken de tijd om vast te stellen of een gebeurtenis een calamiteit is. Stelt de zorgverlener vast dat er daadwerkelijk sprake is van een calamiteit? Dan moet dit binnen drie werkdagen bij de Inspectie worden gemeld. Soms zijn de verschillen niet zo duidelijk. Zo kan een complicatie toch een calamiteit zijn; bij een calamiteit is er een (causaal) verband tussen de tekortkoming in de kwaliteit van de geleverde zorg en de schade bij de patiënt; bij een complicatie is deze relatie er niet.

### **Claim:**

Wil een patiënt schadevergoeding ontvangen, omdat hij van mening is dat hij schade heeft geleden door een fout in de behandeling, dan kan hij zijn zorgverlener of de instelling waarvoor de zorgverlener werkzaam is hiervoor aansprakelijk stellen. In dit geval spreekt men van een claim.

### **Klacht:**

Een klacht is elke uiting van onvrede (mondeling of schriftelijk) van een patiënt, een vertegenwoordiger, een nabestaande of een derde.

### **Wkkgz-klacht:**

a. Een schriftelijke klacht over een gedraging jegens een cliënt

in het kader van de zorgverlening, ingediend door (een nabestaande of vertegenwoordiger van) de cliënt.

b. Een schriftelijke klacht over de weigering van de zorgaanbieder om de persoon die de klacht indient in het kader van de zorgverlening als vertegenwoordiger van de cliënt te beschouwen.

### **Tuchtklacht:**

Een bij een tuchtcollege ingediende klacht. Bijvoorbeeld bij een Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

### **Wkkgz:**

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg regelt onder meer hoe om moet worden gegaan met incidenten, wanneer een melding bij de IGJ moet worden gedaan van calamiteiten en hoe een onderzoek naar een calamiteit verloopt. Ook verplicht de wet zorgaanbieders een klachtenfunctionaris te hebben en zich aan te sluiten bij een geschilleninstantie.

### **IGJ:**

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg. De inspectie voert haar taak onpartijdig en deskundig uit. Daarnaast bewaakt zij de rechten van patiënten en cliënten.



# Klacht, incident of claim: hoe te handelen?

Een uitzonderlijke periode als de COVID-19-crisis kan invloed hebben op hoe de zorg wordt ervaren. Bij een eventuele klacht, incident of claim blijft het advies hetzelfde als anders: “Ga met een open houding in gesprek.” Wat dat inhoudt en welke stappen kunnen volgen, vertellen VvAA-advocaat Lenore Beij en Agatha Hielkema, senior jurist gezondheidsrecht. >



**“Ga met een  
open houding in  
gesprek”**



Agatha Hielkema: “De omstandigheden voor zorgverleners, patiënten, naasten en mantelzorgers wijzigden met de komst van COVID-19 drastisch. Er was begrip, maar ook frustratie en verdriet. Ook later kunnen patiënten alsnog ontevreden raken over de ervaren zorg. Dat gaat lang niet altijd om een medische fout of een complicatie. Ook te hoog gespannen verwachtingen, onvrede over de bejegening of wachttijden zijn vaak aanleiding.”



Agatha Hielkema

## Door de COVID-19-maatregelen is het mogelijk dat:

- de communicatie met beeldbellen anders verloopt;
- de afstandsmaatregel en werken in beschermende kleding invloed heeft op de manier waarop de informatie overkomt;
- betrokken familieleden en mantelzorgers niet meer hun vertrouwde rol kunnen vervullen. Zo was bezoek in verpleeghuizen eerder niet meer mogelijk, begeleiding bij het gesprek met de arts werd beperkt;
- bij het overlijden van een patiënt naast verlies en rouw ook het verdriet over een ander afscheid speelt, net als extra vragen over het verloop van de zorg in de laatste periode van het leven;
- de patiënt zich niet gehoord voelt door drukte, stress en emoties;
- de patiënt bepaalde informatie niet kent, zoals bijzondere richtlijnen van het RIVM en beroepsorganisaties in de zorg;
- de zorgverlener onvoldoende inlevingsvermogen ervaart in zijn positie, zowel als zorgverlener als werkgever of praktijkhouder.

## De klacht en het gesprek

Lenore Beij: “Niet elke patiënt vertelt dat hem iets dwarszit; soms blijkt dit uit zijn handelingen. Denk bijvoorbeeld aan het overstappen naar een andere praktijk of behandelaar. Hetzelfde geldt voor het opvragen van het medisch dossier door een patiënt en boosheid over wachttijden of over het handelen van de assistente.”

Soms blijkt de onvrede expliciet uit een mondelinge of schriftelijke klacht. Schriftelijke klachten kunnen samengaan met een verzoek om schadevergoeding, dus een claim of aansprakelijkstelling.

“De allereerste fase van een klacht is cruciaal”, zegt Hielkema. “Bedenk dat degene met de klacht op antwoord zit te wachten. Daar zitten emoties bij die verder kunnen oplopen als je niet reageert. Het is daarom heel belangrijk snel te handelen.”

Beij: “Een gesprek en een open houding dragen bij aan de voorkoming van (het doorzetten van) een klacht, tuchtprocedure of claim. Het lukt de patiënt vaak al op om zijn verhaal te doen, ook is er ruimte voor opheldering van situaties.”



## Klachtenregeling

Iedere zorgverlener dient over een interne klachtenregeling te beschikken. Tijdens de klachtafhandeling kan een klachtenfunctionaris de patiënt helpen bij het formuleren van de klacht en de zorgverlener desgewenst faciliteren bij het onderzoeken van oplossingen.



## Wat te doen bij een klacht?

- Bedenk als zorgverlener: wat kan ik nu al doen? Waar kan ik nu al duidelijkheid over geven? Wacht niet lang met handelen/reageren. Hebt u iets meer tijd nodig? Stuur dan een ontvangstbevestiging waarin u laat weten dat u zo snel mogelijk reageert, of de patiënt uitnodigt om een afspraak te maken.

- Spreek uit dat u in gesprek wilt komen. Plan voldoende tijd in voor een afspraak, zodat de patiënt de ruimte voelt om zijn verhaal te doen en emoties te uiten.

- Denk van te voren na over wat er precies is gebeurd en wat u wilt vertellen of toelichten.

- Zorg goed voor uzelf en manage uw eigen emoties, zoals onzekerheid over het medisch handelen of angst voor juridische gevolgen. Deze belemmeren het voorbereiden en voeren van een open gesprek. Regel wanneer nodig ondersteuning, bijvoorbeeld van een directe collega van de intervisiegroep of via Peer support. Bij vragen over eventueel juridische gevolgen, kunt u ook terecht bij de aansprakelijkheidsverzekeraar of de Juridische helpdesk van VvAA.

- Begin het gesprek met luisteren. Mogelijk gaat de onvrede van de patiënt over iets anders dan wat u verwachtte. Stel u tijdens het gesprek open op. Kijk waar de patiënt behoefte aan heeft en wat u kunt bieden. U kunt gerust vertellen welke maatregelen u heeft genomen ter voorkoming van de situatie die aanleiding gaf tot de onvrede of klacht. Ook is het geen probleem als u uw excuses aanbiedt als iets niet goed is gegaan. Dit is wat anders dan aangeven aansprakelijk te zijn, zie het kader 'Wat te doen bij een claim?' op pagina 12.

- De zorgverlener kan in situaties waarin een patiënt (nog) niet openstaat voor uitleg over zijn handelen, ook alternatieven bieden, zoals een afschrift van medische gegevens, de mogelijkheid om een eigen verklaring toe te voegen aan het dossier of een second opinion.

- Een vervolg is altijd een optie; misschien komen jullie er niet met één gesprek uit. Verken tussen de gesprekken de medische of juridische mogelijkheden. De patiënt kan bedenken waarmee hij of zij het meest geholpen zou zijn. U kunt de patiënt wijzen op de mogelijke ondersteuning van een klachtenfunctionaris, die kan helpen bij het verhelderen van de klacht.

- Ook bij onvrede gaat uw zorgplicht door. Blijf daarom altijd met de patiënt in contact over de noodzakelijke en geïndiceerde zorg en bewaak de actuele medicatie.

- De zorgverlener of klachtenfunctionaris maakt van het gesprek aantekeningen en kan op verzoek een kort gespreksverslag naar de patiënt sturen.



## Wat te doen bij een incident?

- Voor de communicatie na een incident, dat merkbare gevolgen heeft voor een patiënt of nog kan hebben, bevat de Wkkgz een expliciete informatieplicht.
- Stelt u zelf vast dat er sprake was van een incident? Dan bent u wettelijk verplicht om binnen 24 uur de patiënt op de hoogte te brengen van het incident en de (mogelijk) merkbare gevolgen. In het uitvoeringsbesluit van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) staat de omschrijving van een incident: een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg met (mogelijk) merkbare gevolgen voor de patiënt.
- Volg de interne procedure voor een melding van incidenten. Met een VIM-melding (Veilig Incidenten Melden) wordt ook beoogd zo snel mogelijk maatregelen te nemen als dat nodig is voor de bescherming van de patiënt en ter voorkoming van incidenten en dus ter verbetering van de kwaliteit van zorg.



## Wat te doen bij een claim?

De meeste zorgverleners hebben een beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Ontvangt een zorgverlener van een patiënt een aansprakelijkstelling, dan dient de zorgverlener deze zo spoedig mogelijk naar zijn beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar door te sturen. “Waar het gaat om de eventuele medische behandeling blijft u zelf contact houden met de patiënt”, vertelt advocaat Lenore Beij. “De VvAA-behandelaar van uw claim is zowel voor u als de patiënt het aanspreekpunt voor de behandeling van de claim. Heeft een patiënt vragen over de claim, verwijst u hem dan gerust naar VvAA. Zo kunt u zich concentreren op uw vak.”

Om de aansprakelijkstelling te kunnen beoordelen, wordt u gevraagd een toelichting te geven op uw handelen. Het dossier en uw reactie worden vervolgens aan een medisch adviseur voorgelegd, die doorgaans een beroepsgeenoot van u is. De medisch adviseur adviseert over de vraag of er mogelijk aanwijzingen zijn voor onzorgvuldig handelen en over de gevolgen daarvan. Op basis van deze informatie wordt vervolgens getoetst of is gehandeld zoals verwacht mag worden van een redelijk bekwaam en redelijk handelend vakgenoot onder dezelfde omstandigheden. Er wordt vervolgens een standpunt ingenomen over de aansprakelijkheid. Meestal houdt dit een erkenning of een afwijzing van de aansprakelijkheid in.

### De patiënt kiest

“In alle gevallen ligt de keuze bij de patiënt”, benadrukt Lenore Beij. “Hij maakt een afweging of een gesprek voldoende was en of een concrete actie of maatregel van de zorgverlener een dusdanige oplossing biedt, dat hij de zaak wil laten rusten.” Ook kan de patiënt ervoor kiezen om toch een procedure te starten, bijvoorbeeld bij de geschillencommissie.

Hoewel het voeren van een dergelijk gesprek tijd en energie kost, kan daarmee (los van het afzien van een procedure) ook worden bereikt dat het wederzijds vertrouwen wordt hersteld. Hielkema: “Als de patiënt toch kiest voor een formele weg van een procedure, heeft de inspanning voor een persoonlijk gesprek in ieder geval het inzicht opgeleverd dat een oplossing via dat gesprek echt niet meer mogelijk was.”

&lt;



Lenore Beij





**“Ik schrijf zo veel mogelijk op wat er besproken is – tot in de details”**

### **Tandarts Emmelotte de Bakker**

“Iemand die geïrriteerd reageert door pijn. Nijdig is over een hoge rekening. Of waarvan we de kies niet hebben kunnen redden ondanks bijvoorbeeld een wortelkanaalbehandeling. Natuurlijk krijg ik als tandarts en praktijkhouder wel eens te maken met ontevreden patiënten.

Tot nu toe zijn we er altijd in geslaagd klachten op te lossen door in gesprek te gaan met patiënten. Door hen het gevoel te geven dat ze echt gehoord worden. Dan haal je vaak de angel al uit het verhaal. Wat daarbij helpt is dat al onze tandartsen al jaren in onze praktijk werken. En de mensen daardoor goed kennen. De sfeer is informeel. Dat maakt dat je een band opbouwt. Eentje die tegen een stootje kan.

Wat ik heb geleerd van gesprekken met ontevreden patiënten? Dat we geregeld dachten dat we tijdens de afspraak duidelijk gecommuniceerd hadden, maar dat dat toch onvoldoende het geval bleek. Mensen onthouden niet alles wat er tijdens een behandeling wordt gezegd. Daar zijn we alerter op geworden. Ik schrijf zo veel mogelijk op in het dossier – tot in de details. Niet alleen ‘voor- en nadelen van een kroon besproken’ maar ook wélke voor- en nadelen. En als ik een behandelplan maak, bespreek ik dat met de patiënt en stuur ik daarna nog een mail met het plan in begrijpelijke taal.

Soms merk ik dat patiënten ook niet weten waar ze heen willen met hun klacht. Ik probeer daarom altijd het doel van een klacht te achterhalen, want dan kan ik beter helpen. Of het nu gaat om een vergoeding of betere uitleg.”

“Overal waar gewerkt wordt, komen vroeger of later klachten”

## Dierenarts Martine Carrière

“Mensen die de dierenarts de schuld geven van het overlijden van hun hond. Die onaangenaam verrast zijn door de rekening naar aanleiding van het gebroken pootje van hun kat. Of boos zijn omdat ze niet direct in de kliniek terechtkonden met hun zieke konijn. Je probeert het uiteraard zoveel mogelijk voor te zijn. Zo zijn we vooraf duidelijk over de kosten om achteraf gedoe te voorkomen, maar verhinderen dat er onvrede ontstaat, lukt niet altijd. Veel klachten draaien om communicatie en zich niet gehoord voelen.

Wij hebben er bewust voor gekozen om alle klachten schriftelijk af te handelen – al dan niet in combinatie met een gesprek. Hoe dat werkt? Ontevreden cliënten bieden wij altijd een klachtenformulier aan. Dan kunnen ze hun klacht opschrijven. Het hoofd van onze kliniek handelt de klacht vervolgens af. Het voordeel is dat alles wat er gezegd is ook op papier staat. Zodat er niet achteraf een welles-nietes-spelletje ontstaat. Als we vermoeden dat bij het begin van een klacht er beter een gesprek gevoerd kan worden zodat de cliënt zich gehoord voelt, dan kiezen we daarvoor – als aanvulling op het klachtenformulier.

Bij al onze dierenartsen hameren we op het belang van dossiervorming. Iedereen werkt verplicht met hetzelfde format. Dat zorgt ervoor dat je alle relevante informatie noteert. Van NAW-gegevens tot wie de feitelijke eigenaar is. Van de diagnose tot de vervolgstappen. Van wat er met de eigenaar gecommuniceerd is tot de tijden van wanneer we bellen met mensen. Hoe nauwkeuriger je bent in de dossiervorming, des te makkelijker het zoeken is als het fout gaat en een klacht wordt ingediend.” <



Martine Carrière

# “Met open en eerlijke communicatie kun je veel frustraties wegnemen”

**Sabine Maters,  
voormalig verloskundige  
en jurist bij VvAA**

“In de afgelopen jaren dat ik als verloskundige werkte, heb ik gelukkig nooit een formele klacht gehad. Maar dat betekent niet dat de zwangere vrouwen die ik zag altijd tevreden waren. Zo heb ik cliënten gehad die wrevelig waren over de destijds net geïntroduceerde maternale kinkhoestvaccinatie. Waarom dat nodig was? Waarom hadden ze die prik niet gehad bij hun vorige zwangerschap? Dan kun je maar een ding doen: direct inhoudelijk erop ingaan. Door bijvoorbeeld uitleg te geven over het waarom van de vaccinatie.

Met name in de verloskunde – maar dat zal vast voor de hele zorg gelden – blijkt dat onvrede vooral met onzekerheid te maken heeft. Met angst. Of onduidelijkheid in de communicatie. Gaat het wel goed met mijn baby? Ik merkte dat gerichte aandacht goed helpt bij het wegnemen van onrust en ontevredenheid. Soms door cliënten gerust te stellen. Ook door heldere uitleg te geven. En altijd doorvragen: wat heb je van mij nodig? Pas na die vraag blijkt dat iemand bijvoorbeeld graag nog even naar het hartje wil luisteren, om te weten dat het goed gaat. Dat regel je dan.

Deze houding heb ik ook in mijn werk als juridisch adviseur bij VvAA. Ik probeer ook nu zorgverleners rechtstreeks, met open vizier, tegemoet te treden. In gesprek te gaan en proberen erachter te komen waar de pijn zit. Daar reageer ik dan op. En dat is gelukkig altijd goed gegaan.

Omdat je merkt dat er echt contact is. Met open en eerlijke communicatie kun je vaak veel frustraties wegnemen.”



Sabine Maters



## Sophie Prinsen, kinderfysiotherapeut

“Als kinderfysiotherapeut heb ik niet alleen te maken met kinderen, maar ook met ouders. Ouders die vanzelfsprekend bezorgd zijn om het kind dat ze je toevertrouwen. Toch heb ik gelukkig geen klacht gehad. Hoe dat komt? Ik denk door een mix aan factoren.

Allereerst is mijn uitgangspunt dat ik iedereen serieus neem. In mijn praktijk komen kinderen met uiteenlopende problematiek. Van kinderen die een aantal letters niet helemaal goed leesbaar kunnen schrijven tot kankerpatiëntjes. Ouders die tegen me zeggen ‘jij zult wel denken, gaan ze hiermee naar een fysiotherapeut?’ stel ik altijd gerust. Elke hulpvraag telt.

Verder hecht ik veel waarde aan open en eerlijke communicatie. Nooit valse verwachtingen scheppen. Dingen bespreekbaar maken, ook als ze ingewikkeld zijn. Denk aan het vermoeden van een ernstige aandoening waarvoor nader onderzoek noodzakelijk is, zoals een aangeboren afwijking. Of problematiek die niet primair mijn expertise is maar bijvoorbeeld voortkomt uit een concentratieprobleem of opvoedkundige kwestie. ‘Schoenmaker blijf bij je leest’ geldt juist dan, zorgvuldige uitleg en advies waar ze wel terecht kunnen met hun vraag is ook helpend.

Ik wil zo helder mogelijk zijn, met groot respect voor de bezorgdheid van ouders. Mijn afwegingen bespreek ik met hen net als het behandelplan. En als ik iemand ken vanuit mijn multidisciplinair netwerk die het probleem beter of sneller kan aanpakken, dan verwijs ik in overleg met de ouders daarnaar door.

Wat ook helpt, is dat mijn praktijk in een dorp gevestigd is. De mensen kennen elkaar, lijnen met scholen en andere verwijzers zijn korter, samenwerking laagdrempelig. Ik kom op alle basisscholen en bij sportverenigingen. Ik ken dus de leerkrachten, de voetbaltrainers, de zwemleraren – noem maar op. Heeft een kind bijvoorbeeld problemen met zwemmen? Dan kom ik gewoon even langs bij de zwemles voor een observatie, ook al hoort dat niet officieel tot mijn takenpakket. Het is dan in het belang van het kind en zijn hulpvraag en ouders waarderen dat.”

“Ouders zijn vanzelfsprekend bezorgd om het kind dat ze je toevertrouwen”

“Incident of calamiteit? Heb meer aandacht voor de arts”

# Peer support- coach Elles Bindels **ondersteunt artsen bij emotionele verwerking**

*Saskia Bogaart*

Ondanks de goede intenties van artsen, gaat er toch soms iets mis. Een nachtmerrie. Juridisch, maar óók emotioneel, weet Elles Bindels uit eigen ervaring. Als arts, trainer en Peer support-coach pleit zij voor meer openheid over de impact van een onbedoelde gebeurtenis op het werk en voor meer aandacht voor een goede verwerking.

## **1. Hoe ben je zelf betrokken geraakt bij dit thema?**

“Ik was net een week basisarts toen ik een ernstig gehandicapt meisje van zeven jaar moest reanimeren. Ze verdronk in bad door onvoldoende toezicht. Er was zonder succes een reanimeerpoging gedaan voordat wij werden geroepen. De collega die de crashkoffer zou halen, kwam pas laat terug voor assistentie. De ambulance liet op zich wachten. Het lukte letterlijk niet meer om leven in het meisje te blazen. De reactie na afloop heeft me nog het meest verbaasd: ‘Je gaat er toch niet eng over dromen hè?’. De dag erna werd het op de radio en

“Je hebt moedig gehandeld”



Elles Bindels

in de krant besproken. Dat alleen maakt al zoveel indruk. Omdat ik onder lastige omstandigheden snel en zo adequaat mogelijk had gehandeld, kreeg ik toen vooral complimenten. Toch voelde ik me enorm eenzaam en onzeker. Het was me niet gelukt een leven te redden.

Later kreeg ik tijdens een nachtdienst te maken met fysieke agressie terwijl ik geroepen was bij een spoedsituatie met een instabiele patiënt. De opeenstapeling van zaken die volgde, was erg belastend. Het bedreigd worden door de familie van de patiënt met wie ik juist het beleid wilde bespreken, terwijl ik ondertussen met de ambulance en het ziekenhuis moest overleggen en verantwoordelijk bleef voor de instabiele patiënt. Het dossier dat ik ook nog netjes moest zien in te vullen. Aangifte doen. De lange nasleep, want er kwam een tuchtzaak uit voort. Het heeft zo'n twee jaar geduurd voordat er juridisch recht was gedaan. Emotioneel heeft het me nog langer gekost dit te verwerken.

Hoewel ik van collega's vooral op de

inhoud steun kreeg, ervaarde ik weinig ruimte om te vertellen hoe kwetsbaar ik me voelde. Collega's probeerden me gerust te stellen, omdat ik geen medische fout had gemaakt en er getuigen waren van de fysieke agressie. Dat ging echter voorbij aan wat het met mij deed. Dat je na een drukke dienst een dikke envelop op je mat vindt met de ergste aantijgingen, terwijl je zo je best hebt gedaan om de familie te betrekken voor het leveren van goede zorg. Dat je een verweerschrift moet schrijven en niet zeker weet waar het op uitloopt. Dat je denkt: Ze kunnen altijd wel iets vinden wat je misschien niet goed hebt gedaan of waarvoor je je niet kunt verdedigen.

Ik sliep slecht, was erg gespannen en prikkelbaar in die tijd. Inmiddels weet ik dat dit symptomen zijn van een verwerkingsproces na een impactvolle gebeurtenis. Een belangrijk onderdeel van Peer support is uitleggen wat normale reacties zijn op abnormale omstandigheden. Het had mij in die tijd enorm geholpen als ik daar meer steun voor had ontvangen, in plaats van extra reflectie-

verslagen te moeten schrijven voor de opleiding tot specialist. Er is een tijd voor leren, maar soms is het tijd om eerst te herstellen.”

## **2. Waarom zouden artsen meer over impactvolle gebeurtenissen moeten praten?**

“Artsen willen het goed doen. Die intentie is er altijd, in ons beroep gaat het per definitie om bijdragen aan iemands gezondheid. Als dat anders uitpakt, is dat ook voor een arts teleurstellend. Het is goed als we ons realiseren dat elke onbedoelde gebeurtenis ook de betrokken arts raakt. Ook als er géén fouten zijn gemaakt. Dat vind ik belangrijk om te benadrukken. Het gaat om een cultuur die erop gericht is van al dit soort situaties te leren, in plaats van om shaming & blaming. Een tuchtzaak wordt vaak ervaren als een soort straf, terwijl het eigenlijk in het leven is geroepen om van te leren. Gelukkig zie je wel wat veranderen. Zo hield De Jonge Dokter eerder een Foutenfestival waarin in openheid over dit thema werd gesproken met het doel taboes in de zorg te doorbreken en

## “Incident of calamiteit? Heb meer aandacht voor de arts”

### Peer support

Peer support is ondersteuning door een getrainde collega op de werkvloer of door een onafhankelijke Peer support-coach na een impactvolle gebeurtenis. Denk aan agressie op de werkvloer, een medisch incident, complicatie of calamiteit. Wat kun je tegenkomen en wat doet dat met jou als zorgverlener? Aan bijbehorende emoties, zoals prikkelbaarheid, onzekerheid en schaamte, wordt nog te vaak voorbijgegaan. Dit kan invloed hebben op keuzes en op bevlogenheid.



VvAA biedt Peer support door deskundigen met ervaring in de zorg. Zie pagina 63.

van elkaar te leren. Dat hierbij naast aandacht voor de procedurele kant ook aandacht is voor de impact op de zorgverlener is in mijn ogen cruciaal. Dat draagt bij aan onze professionele groei en maakt hopelijk dat we elkaar beter weten te ondersteunen. In plaats van dat je je eenzaam voelt staan in dit proces, wat nu nog te vaak het geval is.”

### 3. Op welke manier moet er aandacht voor komen?

“Het werkt niet troostend als iemand alleen zegt ‘Je hebt niets fout gedaan’ of ‘Je hebt moedig gehandeld’. Allereerst gun ik iedereen een oprecht luisterend oor van belangrijke mensen in je directe werken en privéleven. Zonder dat er geoordeeld wordt. Daarnaast zou het heel normaal moeten zijn dat een zorgverlener Peer support krijgt aangeboden. Je kunt dan altijd nog zelf bepalen of je daar op dat moment behoefte aan hebt. Ook in een latere fase, als een arts juridische ondersteuning krijgt vanwege een klacht of claim, is het goed als er standaard gewezen wordt op de mogelijkheid van mentale ondersteuning.

Er ligt hier ook een taak voor collega's en leidinggevende. Zeg maar de informele collegiale ondersteuning. Dat er gevraagd wordt: ‘Wat heb jij nodig?’ Dat kan heel praktisch zijn: een dienst ruilen zodat je aan de slag kunt met je verweerschrift. Of ruimte en tijd geven om bij te komen.”

### 4. Wat wil je bereiken?

“Ik zou graag bereiken dat iedere zorgverlener kan rekenen op actief aangeboden Peer support na een meegemaakt incident. Of je nu in een ziekenhuis, een revalidatie-, AVG- of GGZ-instelling, de V&V-sector of een huisartsenpraktijk werkt. Ik hoor nog te vaak van artsen dat ze niet eens wisten dat Peer support bestaat of waar ze terecht kunnen voor de niet-juridische kant van de gebeurtenis. Terwijl terugkijkend blijkt dat het soms een behoorlijke impact heeft op hun carrière. Hoe normaler je aandacht voor mentale ondersteuning maakt, hoe makkelijker het wordt er open over te zijn. En hoe meer onnodige werkuitval voorkomen wordt. Het zou mij een groot goed zijn als instellingen een abonnement kunnen nemen op Peer support-coaching. Waarbij de coach ook kennis over ondersteuning na incidenten deelt met leidinggevende en bedrijfsarts. Ziekenhuizen hebben het vaak wel geregeld. Daarnaast heeft VvAA vijf onafhankelijke Peer support-coaches, maar die moeten uit eigen beweging benaderd worden. Een abonnement maakt dat het ook normaal is dát deze ondersteuning wordt aangeboden.”

### 5. Heb je tips voor artsen zelf die te maken hebben gehad met een incident?

“Richt je op alles wat mildheid naar jezelf bevordert en zoek zonnig ondersteuning bij de verwerking van het gebeuren. Eigenlijk alles wat onder goede zelfzorg valt. Voor de één helpt een vorm van meditatie, voor de ander praten met een coach of supervisor en je richten op waar je zelf invloed op hebt. In de buitenlucht zijn en uitwaaien of anderszins in beweging zijn, kan ook helpen. Herkenning en begrip vinden is in mijn beleving cruciaal voor een goede verwerking. Kies voor mensen bij wie je je veilig voelt. Die weten waar je doorheen gaat en kunnen je helpen goed uit het proces te komen.”

# “Juist van kleine incidenten kun je leren”

**Incidenten melden en daarmee je veiligheid en zorgkwaliteit verbeteren. Elke praktijk weet inmiddels dat dat sinds 2016 verplicht is vanuit de Wkkgz. Maar hoe houd je incidenten melden actueel in de dagelijkse praktijkroutine? Tandarts en mede-praktijkeigenaar Rogier Scheffers werkt en woont samen met praktijkmanager Rutger Sonneveld. Zij delen open hun concrete ervaringen en inzichten uit de Nijmeegse praktijk Mondzorg024.**

*Tjomme Reeringh*

## **Om meteen maar met de deur in huis te vallen: wat is het grootste incident dat jullie meemaakten?**

Rogier Scheffers: “Een jongen van vier kreeg in onze praktijk verdoving toegediend. Dat was vaker bij hem gebeurd en ging altijd goed. Deze keer draaide hij zijn hoofd onverwachts naar rechts, waardoor de punt van de naald het bot raakte en brak. Het afgebroken deel van de naald bleef achter in het gebied van de onderkaak in het weefsel; een lastige plek om bij te komen en echt een zeer zeldzaam incident. De afdeling kaakchirurgie heeft toen de naald onder narcose verwijderd.

Dit was natuurlijk heel heftig en vervelend, ook de tandarts en ouders waren enorm geschrokken. Onze collega belde de volgende dag met de ouders en zocht contact met de afdeling kindertandheelkunde om naar soortgelijke ervaringen te vragen.”



## “We bespraken het incident open en eerlijk”

Rutger Sonneveld: “Na een maand nodigden we de ouders uit in de praktijk, boden nogmaals onze excuses aan en bespraken open en eerlijk hoe dit kon gebeuren. Zij bleken gelukkig heel tevreden over onze aanpak. De jongen is wel banger geworden en is nu patiënt bij de afdeling kindertandheelkunde, omdat ze daar meer tijd kunnen bieden.

Natuurlijk hebben we het hele traject met het volledige team besproken: hoe komt dit nou? Waar kijk je naar? Dit incident hadden we misschien niet kunnen voorkomen, maar we kunnen bij kinderen wel alerter zijn op onverwachte bewegingen.

In die zin is een incident altijd een aanleiding die je moet aangrijpen als bespreekmoment. Juist de kleine en bijna-incidenten lenen zich goed om van te leren. Die komen vaker voor, zo houd je incidenten en verbeterpunten actueel en onder de aandacht.”

### En wat zijn meer reguliere incidenten?

Sonneveld: “Het logistieke proces rond gebitsprothesen. In het kort: 's ochtends laat een patiënt een afdruk maken van haar of zijn kunstgebit. Een bode brengt kunstgebit en afdruk naar een tandtechnicus, die een nieuwe voering smelt en de nieuwe afdruk naar de praktijk laat terugbrengen door de bode. 's Middags krijgt de patiënt dan het vernieuwde kunstgebit geplaatst.

In dit haal- en brengproces kunnen veel kleine foutjes voorkomen. Bijvoorbeeld het noteren van een verkeerde naam of

iemand verwisselt per ongeluk een doosje. Dit kwam niet vaak voor, maar we willen niet dat een patiënt 's middags voor niets naar de praktijk komt. Nu is een collega verantwoordelijk voor het hele proces. Zij regelt de complete logistiek van aanlevering en ontvangst tussen alle praktijkkamers en de bode.”

Scheffers: “Wat ook wel eens voorkomt, is dat er bij het spoelen bij een wortelkanaalbehandeling kleine chloordruppels op de kleding van de patiënt komen. Soms melden patiënten dit wel, soms niet. Zoiets is natuurlijk gemakkelijk te voorkomen door het schort of servet beter bedekkend om te doen.”

### Hoe organiseren jullie het proces van incidenten melden, leren en verbeteren in jullie praktijk?

Sonneveld: “In elke kamer is een digitaal kwaliteitshandboek met VeiligIncidentenMelden-formulieren om incidenten te melden; sommige medewerkers doen dat mobiel. Omdat we incidenten en bijna-incidenten – waar mogelijk anoniem – altijd in het teamoverleg bespreken, voorkomen we dat het anderen overkomt en leert de hele praktijk.



Rogier Scheffers (links) en Rutger Sonneveld, die ook een adviesbureau in de zorg heeft: “Blijf scherp en alert door te herhalen, herhalen, herhalen.”

# “Dat alles geregeld is, brengt rust en veiligheid”

Het belangrijkste is dat we het melden van incidenten en zelfs kleine foutjes actief onder de aandacht houden en aangrijpen als continu verbeterproces. Daarom maken we dit zo laagdrempelig mogelijk voor alle praktijkmedewerkers. Collega's delen hun algemene observaties of specifieke aandachtspunten ook in een schrift in de kantine. Dat kan al iets kleins zijn als een notitie over een verwachte bestelling.

En incidenten, verbeterpunten en procesinrichting zijn een vast onderdeel in ons kwartaaloverleg met de hele praktijk. Collega's leveren daar op ons verzoek van tevoren gemelde incidenten en andere punten voor aan. Een heel actieve assistente komt altijd met een grote verbeterlijst. Daar zitten altijd wel kleine en bijna-incidenten tussen.”

## “Een incident is altijd een aanleiding voor een bespreekmoment”

Scheffers: “En alle ‘basis-moetjes’ doen we natuurlijk. Keurmerken, cursussen en kwaliteitsnormen houden we up-to-date. We hebben visitatie gehad, staan ingeschreven bij het Kwaliteitsregister Tandartsen en onze tandartsen halen hun punten daarvoor. Resultaten en verbeterpunten uit de patiënttevredenheidsonderzoeken over de praktijk en kwaliteit pakken we actief op. Ook is de praktijk dit jaar HKZ-gecertificeerd.”

### Wat is hierin jullie grootste uitdaging?

Scheffers: “Zaken zakken weg. Er is ook zoveel te melden. Praktijkzaken en privé zaken als verjaardagen. Ook de verschillende kanalen maken het lastiger om iedereen goed te bereiken: e-mail, dropbox, de praktijkapp en notulen en vergaderingen van onderlinge praktijkclubjes van de tandartsen, assistentes en baliemedewerkers. Zorgen dat iedereen weet wat er speelt en verwacht wordt en dat ook toont tijdens het werk, blijft een punt van aandacht. Gelukkig zijn wij een relatief kleine praktijk en regelen en communiceren mensen veel onderling met elkaar.”

### Wat levert kwaliteits- en veiligheidsmanagement jullie praktijk op?

Sonneveld: “Rust. Vertrouwen. Zekerheid. Zowel intern voor alle medewerkers als extern bij patiënten of bijvoorbeeld de Inspectie. We voldoen aan alle wet- en regelgeving, alle röntgentoestellen zijn geregistreerd, we hebben alle diploma's, hebben een structuur voor incidenten melden en de meldcoördinator kindermishandeling is geïmplementeerd in de praktijk. Kortom, alles is geregeld en vastgelegd en mensen hebben de juiste kennis, houding en gedrag. Dat levert grote rust en veiligheid op.”

Scheffers: “Een mooi voorbeeld is de aanpassing van het triageprotocol door de beroepsorganisatie tijdens corona. Als directie deelden we de aangepaste leidraad direct. Deze werd uitgeprint voor onze baliemedewerkers en iedereen las het goed door. Dat zit er zo in bij iedereen. Ook bij de eerste leidraad voor aangepaste infectiepreventie bleek dat we alles al voor elkaar hadden. We hoefden alleen wat stoelen uit de wachtkamer te halen voor de juiste afstand en wat meer desinfectiemiddelen in de praktijk te zetten. De persoonlijke beschermingsmiddelen werden al goed gebruikt. Dan zie je dat ons kwaliteitsbeleid werkt.”

### Welke tips hebben jullie voor collega's?

Sonneveld: “Begin laagdrempelig. Start bijvoorbeeld met een actueel thema. Kijk eens met elkaar naar incidenten op het gebied van infectiepreventie. Leg uit wat incidenten zijn en vraag alle medewerkers in een volgend overleg drie incidenten te noemen. Dat levert direct een hoop incidenten en dus verbeterpunten op. En tot slot, blijf scherp en alert door te herhalen, herhalen, herhalen.”

VvAA vindt veilig melden, leren en delen van incidenten belangrijk voor haar leden. Via het VIM-platform kunt u gemakkelijk en veilig uw (bijna-)incidenten online delen. U ontvangt dan periodiek trends, casuïstiek en preventieadvies van onze preventiespecialisten. Zo voldoet u aan de Wkkgz-verplichting en profiteert u van de collectieve leerervaring van alle aangesloten deelnemers. Zie ook pagina 62.

# Openheid bij incidenten

*Shirin Slabbers en Annemarie Smilde, senior juristen gezondheidsrecht*

**Elke zorgverlener heeft te maken met incidenten, waarbij de patiënt geen tot ernstige schade kan ervaren. Om hiervan te leren en herhaling te voorkomen, moeten zorgverleners open communiceren over incidenten tegenover collega's en (vertegenwoordigers of nabestaanden van) patiënten.**



## 5 Vragen over communicatie bij incidenten

# “Minstens zo belangrijk is dat patiënten snel iets horen”

### 1. Aan welke wet- en regelgeving moeten zorgverleners voldoen bij de communicatie over incidenten?

De Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) legt zorgverleners bij een incident met (mogelijk) schadelijke gevolgen een informatieplicht op tegenover een patiënt, diens vertegenwoordiger of nabestaanden (vanaf nu aangeduid als ‘patiënt’). Zodra de zorgverlener op de hoogte is van het incident, dient hij de patiënt te informeren over de aard en toedracht van de gebeurtenis en de maatregelen die nodig zijn om (verdere) schade te beperken.

#### Open en toetsbaar

Naast deze wettelijke plicht bepalen gedragsregels voor zorgverleners, zoals die van de KNMG, wat van hen bij incidenten wordt verwacht. Deze komen erop neer dat de zorgverlener zich open en toetsbaar opstelt en bereid is verantwoording af te leggen. Praktisch gezien betekent dit dat de zorgverlener niet alleen uitleg geeft over wat er is gebeurd, maar ook vertelt hoe het heeft kunnen gebeuren en in hoeverre hij of zij ervan heeft geleerd. Dit betekent ook dat een zorgverlener een patiënt informeert over de bevindingen van het VIM-onderzoek (Veilig Incidenten Melden) én tot welke verbetermaatregelen deze hebben geleid.

#### Excuses maken

De Gedragscode voor het omgaan met incidenten (GOMA), die onder meer op zorgverleners in ziekenhuizen van toepassing is, bevat een nadere uitwerking van de gedragsregels bij incidenten. Zo bepaalt deze code dat een zorgverlener een fout (verwijtbaar handelen of nalaten) erkent en hiervoor zijn excuses aanbiedt. Ook de Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg toetsen bij het handelen van de zorgverlener op ‘transparantie’. Overigens is vaak nader onderzoek nodig om vast te stellen of er sprake is van een fout. Het is goed om dit aan de patiënt uit te leggen.

### 2. Geldt de plicht tot open communicatie alleen bij incidenten?

Uit de informatieplicht op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) volgt dat een zorgverlener een patiënt moet informeren bij alle onverwachte of onvoorziene gebeurtenissen. Ook als de kwaliteit van zorg niet in het geding is, zoals bij complicaties.

Daarnaast brengen gedragsnormen voor zorgverleners met zich mee dat deze zich ook open en toetsbaar opstellen in geval van een uiting van onvrede (terecht of onterecht).

### 3. Hoe geeft een zorgverlener invulling aan open communicatie?

Het is in het belang van de zorgverlener om bij de naleving van de informatieplicht en gedragsnormen over openheid zoveel mogelijk rekening te houden met de (communicatie)behoefte van de patiënt. Daarmee beperkt hij het risico op een klacht en een claim.

#### Impact en verbeteringen

Uit onderzoek onder patiënten en de tuchtrechtspraak blijkt dat het voor patiënten niet alleen belangrijk is dat zij inhoudelijke uitleg van de zorgverlener krijgen bij onvrede, een incident of complicaties. Minstens zo belangrijk is dat zij snel iets horen van de zorgverlener. Dat deze aandacht heeft voor de impact van een medische misser of complicatie, empathie toont, eventuele onvrede serieus neemt en bij fouten zijn spijt betuigt. Ook willen patiënten weten welke verbetermaatregelen worden genomen.

#### Gebrekkige communicatie

Vaak dient een patiënt geen tuchtklacht in om het incident zelf, maar om de gebrekkige communicatie rond het incident. Zie voor tips over een gesprek over incidenten, onder meer het dossier ‘Openheid van incidenten’ van de KNMG.

## 5 Vragen over communicatie bij incidenten



Annemarie Smilde



Shirin Slabbers

### 4. Welke gevolgen heeft openheid bij een claim of een klacht?

Veel zorgverleners willen weten hoe de communicatie met de patiënt linkt aan het belang van hun aansprakelijkheidsverzekeraar. Het antwoord hierop is simpel: dit belang staat open kaart spelen tegenover een patiënt niet in de weg. Een zorgverlener mag niet alleen alle feitelijke informatie verstrekken over de toedracht van de gebeurtenis, maar ook vertellen dat iets fout is gegaan. De zorgverlener mag, als duidelijk is dat er een fout is gemaakt, deze erkennen. Sterker nog, uit de gedragsnormen voor zorgverleners bij incidenten zoals de GOMA, volgt dat een zorgverlener een fout moet erkennen.

#### Erkennen van aansprakelijkheid is aan verzekeraar

Het enige wat een zorgverlener niet is toegestaan, is het erkennen van aansprakelijkheid en toezeggen dat schade zal worden vergoed. De reden is dat dit juridische kwesties zijn, waarvan een zorgverlener in het algemeen minder verstand heeft en dergelijke uitlatingen aansprakelijkheidsverzekeraars kunnen schaden. Als een patiënt aanspraak wil maken op een schadevergoeding, moet de zorgverlener uitleggen dat het aan de aansprakelijkheidsverzekeraar is om hierover te oordelen.

#### Tuchtcollege weegt openheid mee

Als ondanks openheid de patiënt toch een klacht indient bij een tuchtcollege, dan weegt het college deze openheid in het voordeel van de zorgverlener mee, met name bij de bepaling van de zwaarte van de maatregel in geval van een gegronde klacht. Uitspraken van tuchtcolleges laten ook voorbeelden zien van de omgekeerde situatie, waarin een niet-open communicatie of niet-toetsbare opstelling tegenover de patiënt, een reden is voor het opleggen van een zwaardere maatregel.

Zie de begrippenlijst op pagina 8 voor nadere uitleg over een incident, complicatie, calamiteit.

## 5. Zijn afspraken met een patiënt over de communicatie in de (sociale) media toegestaan?

Een zorgverlener kan er behoefte aan hebben om met een patiënt af te spreken dat bepaalde informatie met betrekking tot een incident niet openbaar gemaakt wordt zonder zijn toestemming of dat een publicatie eerst met de zorgverlener wordt afgestemd. Hierbij speelt een rol dat het beroepsgeheim een zorgverlener belemmert in zijn reactie op een bericht in de (sociale) media.

### Schending privacy

Slechts in uitzonderlijke gevallen kan een zorgverlener met succes juridische actie ondernemen tegen dergelijke berichten en dan pas na publicatie, namelijk als er sprake is van een onrechtmatige uitlating, bijvoorbeeld in geval van smaad of een ontoelaatbare schending van de privacy van de zorgverlener of een derde. Maar met een juridische actie achteraf zal een zorgverlener niet kunnen bewerkstelligen dat alle informatie van internet verwijderd wordt.

### Zwijgbedingen

Ondanks het invoelbare belang van een zorgverlener bij afspraken met een patiënt over de communicatie over incidenten in de (sociale) media, worden dergelijke afspraken ontoelaatbaar geacht en binnenkort zelfs bij wet verboden, althans als het aan de minister van VWS ligt. Deze afspraken worden beschouwd als zwijgbedingen en gelijkgesteld aan afspraken om een calamiteit niet te melden bij de IGJ of om geen klacht in te dienen bij het tuchtcollege. De norm is nu al dat deze zwijgbedingen niet zijn toegestaan. Bij constatering van een zwijgbeding zal de IGJ direct overgaan tot het opleggen van een bestuursrechtelijke maatregel. Een beding dat een patiënt verbiedt om een melding te doen bij de IGJ of een klacht in te dienen of aangifte te doen, is bovendien ongeldig, omdat het in strijd is met de openbare orde of goede zeden. Het wetsvoorstel heeft onder meer het doel duidelijk te maken dat alle zwijgbedingen ongeldig zijn.

### Negatieve effecten

VvAA heeft bedenkingen bij dit wetsvoorstel. De duidelijkheid die het wetsvoorstel beoogt te bieden over de nietigheid van zwijgbedingen weegt namelijk niet op tegen de te verwachten negatieve effecten, zoals het signaal dat alle publicaties over incidenten zijn toegestaan en – mede daardoor – terughoudendheid bij zorgverleners in de communicatie na een incident.

Daarbij vraagt VvAA zich af of een wettelijk verbod noodzakelijk is om de zwijgbedingen aan te vechten, gezien de huidige handhavingmogelijkheden van de IGJ. VvAA meent dat afspraken tussen patiëntorganisaties en vertegenwoordigers van zorgverleners over het openbaar maken van informatie, effectiever zijn om openheid over incidenten te bevorderen én zwijgbedingen tegen te gaan. <



### VvAA heeft in de dagelijkse praktijk te maken met

**incidenten:** bij advisering over de te ondernemen acties na een incident, via juridische bijstand in klacht- en tuchtprocedures en, in de hoedanigheid van aansprakelijkheidsverzekeraar, bij de afwikkeling van schadeclaims. Daarnaast biedt VvAA scholing over het omgaan met incidenten, patiëntenrechten en Peer support. Ook is de organisatie betrokken bij de totstandkoming van regelgeving (bijvoorbeeld via internetconsultatie).



# Vijf tips voor effectieve communicatie

Remco Heukels, trainer Effectief communiceren

Doorvragen, op lichaamshouding letten, de tegenaanval vermijden. Ongetwijfeld las u (één van) deze vijf tips voor effectieve communicatie al eerder. Met dit rijtje bent u zich er ook vandaag weer even bewust van.

## 1

### Vind de vraag achter het gedrag

De kunst bij het bespreken van irritaties is erachter komen waar de angel zit. Dat doet u vooral door dóór te vragen. Dat is lastig, zeker als u zelf partij bent, omdat uw primaire reactie is om uzelf te verdedigen. Begin ieder gesprek open en luister goed naar de ander.

## 2

### Dring door tot de kern van de zaak

Houd niets impliciet. Verhelder juist, vraag door tot waar het de ander echt om te doen is. U krijgt dan pas echt contact met de ander en ontvangt de reactie die u kunt plaatsen.

## 3

### Zo gaat u effectief met stops om

Stops zijn uitingen van de ander waardoor u zich aangevallen voelt en merkt dat u in de verdediging schiet. Ga niet in de tegenaanval of probeer niet de macht te willen winnen. Stel vragen naar het waarom van de stop; vat de woorden van de ander samen ("Laat ik je verhaal samenvatten, zodat je kunt zien of ik je goed begrepen heb") of reflecteer het gedrag ("Ik merk dat je niet teurenden bent met deze afloop, klopt dat?").

## 4

### Wees u bewust van houding

Mensen worden beoordeeld op hun houding. Iemands houding is een van de eerste aspecten die u kunt waarnemen en geeft direct een eerste indruk van de ander. Wees bewust van de eigen houding in een gesprek en probeer ook een geofefende houdingkenner te worden waardoor u een gesprek positief kunt beïnvloeden door bijvoorbeeld de houding van de ander te spiegelen of deze te benoemen.

## 5

### Oordeel niet te snel en stel vragen

Door vragen te stellen stelt u uw oordeel uit en probeert u informatie in te winnen en initiatief te nemen/houden in het gesprek, aandacht vast te houden, afwisseling aan te brengen en uw gesprekspartners te activeren. Vragen roepen minder weerstand op dan beweringen.

VvAA biedt een eendaagse training Effectief communiceren: [vvaa.nl/effectiefcommuniceren](http://vvaa.nl/effectiefcommuniceren)

# 'Grijze wolk boven de dag'

Martijn Reinink

**Het aantal schadeclaims dat tegen huisartsen wordt ingediend, stijgt al jaren. Evenals de hoogte van de schadebedragen die worden geëist en uitgekeerd. Hoewel huisartsen met een aansprakelijkheidsverzekering daarvoor niet in hun eigen portemonnee worden geraakt, heeft een claim wel een enorme impact. "Het is me duidelijk geworden hoe kwetsbaar ik ben."**

Een deurknopfenomeen, eind 2018. Bij het verlaten van de spreekkamer brengt de patiënt in kwestie nóg een fysiek probleem ter sprake. Huisarts Kamiel Wouda, praktijkhouder in het oosten van het land, geeft een instructie mee en vraagt de patiënt binnenkort terug te komen. Dat doet hij niet. Althans, niet op korte termijn. Pas maanden later meldt de patiënt zich weer. Het probleem is verergerd en Wouda verwijst hem onmiddellijk door, met uiteindelijk een operatie tot gevolg.

### Geld

Een tijd na de operatie krijgt de huisarts te horen dat de patiënt een klacht tegen hem heeft ingediend. Diens verwijt: Wouda had hem bij de eerste presentatie van het probleem moeten verwijzen. "Klachten komen weleens vaker voor", geeft de huisarts aan. "Twee, drie keer per jaar in de praktijk. Dat nemen we heel serieus. We nemen er uitgebreid de tijd voor en komen er eigenlijk altijd uit met de patiënt. Maar dit keer was het anders. Vanaf het begin werd duidelijk dat we er niet uit zouden komen. Al was het maar omdat hij meteen over geld begon."

Het is herkenbaar voor Lenore Beij. Zij is als advocaat aansprakelijkheidsrecht en gezondheidsrecht werkzaam voor VvAA en treedt voor zorgverleners en -instellingen op in tucht- en civiele procedures. "Soms loop je tegen een patiënt aan die een zondebok zoekt of

uit is op geld. De eerste keer dat ik met een huisarts spreek tegen wie een claim is ingediend, hebben we het altijd over de mogelijkheid om alsnog of nogmaals in gesprek te gaan met de patiënt. Maar soms is dat gewoon een gepasseerd station. Ik eindig het gesprek altijd met het advies om de kwestie zo veel als mogelijk los te laten: "Ik ga voor u aan de slag. Concentreert u zich op de patiëntenzorg."

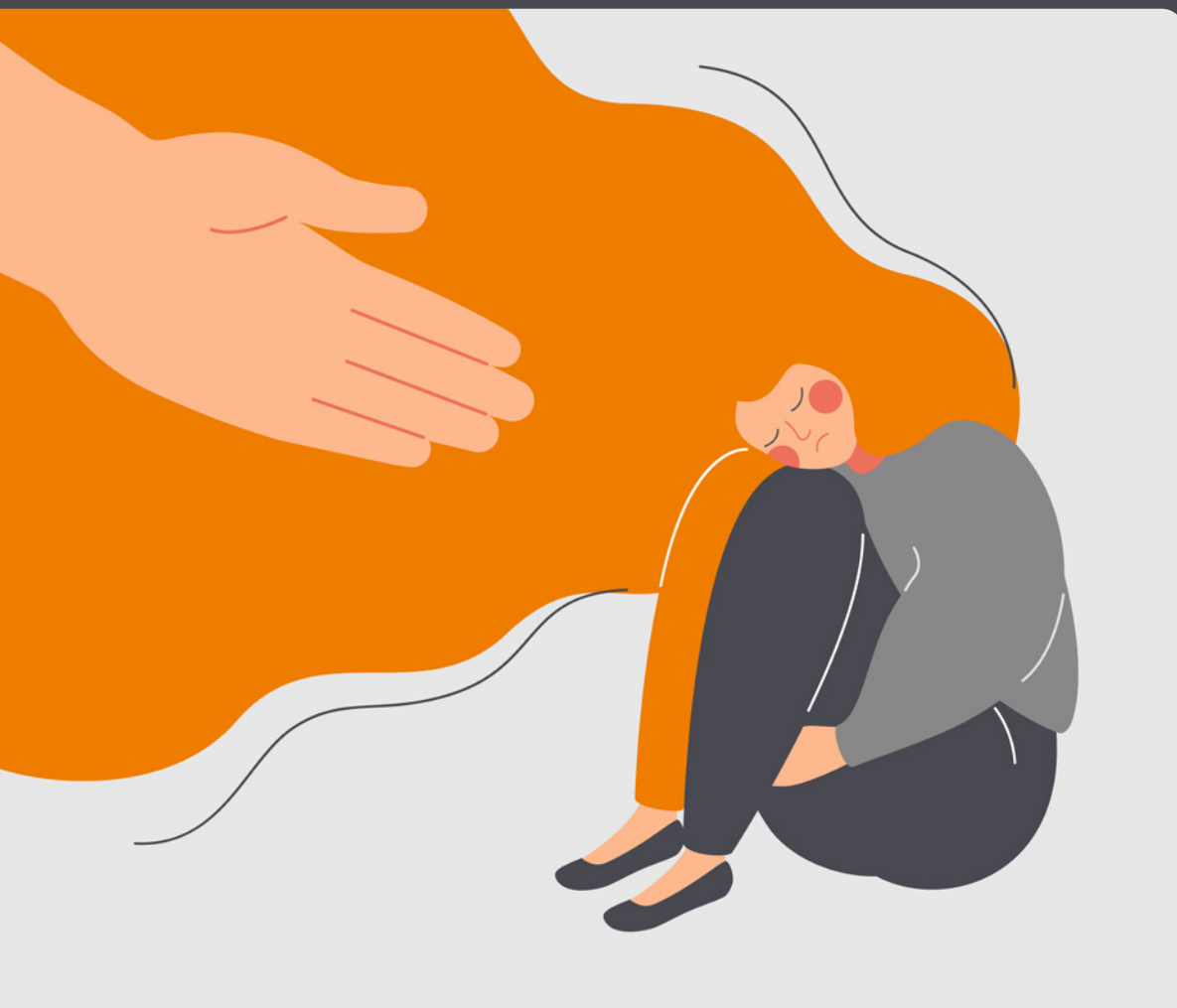
Maar dat is makkelijker gezegd dan gedaan. "Ik was ervan overtuigd dat ik juist had gehandeld", zegt Wouda. "Dan voelt het zó onrechtvaardig. Helemaal als je merkt dat iemand erop uit is om je zwart te maken en op geld uit is." Het is de eerste keer in zijn loopbaan dat een patiënt hem aansprakelijk stelt en een schadevergoeding eist. "Ik heb direct een jurist van VvAA ingeschakeld, want ik wist totaal niet wat me te wachten stond." In zijn opleiding 25 jaar geleden is er geen aandacht voor het gezondheidsrecht. "Dat is in de huidige opleiding wel anders, maar zelf denk ik niet dat de impact van een claim daardoor minder zal zijn."

### Zeer imponerend

Wouda omschrijft de procedure die in zijn geval langer dan een jaar duurt als 'zeer imponerend'. En niet in de positieve zin van het woord. "Het kost veel tijd, geld en energie. Gesprekken met de advocaat, verweren schrijven. Ik heb daarin veel steun aan de juristen van VvAA gehad. >

### Ondersteuning

Om de ingrijpende gebeurtenis die een schadeclaim kan zijn, te verwerken, is naast juridische ook mentale steun van belang. "We adviseren altijd om er met iemand over te praten", zegt advocaat Lenore Beij. "De een vindt het prettig om het er met een naaste collega over te hebben die dichtbij staat. De ander heeft meer behoefte aan professionele ondersteuning in de vorm van Peer support." (zie ook het verhaal op 18)



Illustratie VvAA

Het heeft me echt verrast hoe goed ze op de hoogte waren van de medische theorie en dat zonder medische achtergrond. Ze hadden alle informatie over de aan-doening gelezen, wisten precies waar het over ging en konden het perfect verwoorden. Dan denk je dat het klaar is, komt er toch weer een reactie van de klager. Dat betekent: weer overleggen, weer erin duiken, weer een brief schrijven. Het traject is zwaar en emotioneel.”

### **Grijze wolk**

Zo wordt het door nagenoeg elke zorgverlener in deze situatie ervaren, verzekert advocaat Beij. “Ze slapen er bijna allemaal slechter van. Het is een grijze wolk boven de dag. Als je er even niet mee bezig bent, dan is de wolk

minder grijs, maar hij is er altijd. Krijg je een e-mail van mij en word je er weer mee geconfronteerd, dan kleurt de wolk donker.” Bij Wouda verandert die wolk in een donderwolk, als blijkt dat er ook nog een hoorzitting aan te pas moet komen. “Ik denk dat als de geschillencommissie wat zorgvuldiger was geweest en men er in het voortraject al een specialist bij had betrokken, dat het dan meteen duidelijk was geweest en niet tot een hoorzitting was gekomen.”

### **Informeel maar heftig**

De hoorcommissie voor wie hij moet verschijnen, bestaat uit vijf leden: twee juristen (waarvan een de voorzitter), twee huisartsen en een vertegenwoordiger van de Nederlandse Patiëntenfederatie. Zij

worden ondersteund door een ambtelijk secretaris van de Stichting Klachten en Geschillen Eerstelijnszorg (SKGE). “Het is informeler dan een tuchtzaak, maar ik vond het toch heftig”, zegt Wouda. “Alleen al vanwege de hoeveelheid mensen. Het is prettig dat er vakgenoten bij zijn die zich kunnen inleven in de casus en begrijpen hoe dingen in de praktijk gaan.

De juristen staan er anders in. Zij focussen echt op hoe je iets hebt opgeschreven. Toen ik daar zo zat, werd me wel duidelijk hoeveel macht en rechten een patiënt heeft en hoe kwetsbaar ik als huisarts ben.” Hij prijst zich gelukkig met zijn jurist aan zijn zijde tijdens de hoorzitting. “Ik vind het zo knap hoe snel hij denkt, schakelt en het weet te formuleren.”

## Stijging claims en schadebedragen

Vermoedelijk als gevolg van COVID-19 werden er in de eerste helft van 2020 minder schadeclaims tegen bij VvAA verzekerde huisartsen ingediend dan een jaar eerder. Maar over meerdere jaren gezien, stijgt het aantal claims aanzienlijk: van 202 claims in 2010 tot 362 claims tegen huisartsen in 2019. Dat betekent een stijging van bijna 80 procent. Waarbij moet worden opgemerkt dat slechts een deel van de claims (63 procent) wordt gemeld binnen één jaar nadat het incident heeft plaatsgevonden.

Daarnaast stijgt ook de hoogte van de schadebedragen, bestaande uit onder meer de vergoeding aan de patiënt, het honorarium van de belangenbehartiger en kosten voor medisch advies of een deskundigenrapport. In 2015 was het gemiddelde schadebedrag voor een erkende claim bij huisartsen € 51.000. In 2019 is het gemiddelde € 96.000. Dit is exclusief de (schadebehandelings)kosten van VvAA.

Meer weten over de ontwikkelingen rondom schadeclaims? Kijk op [vva.nl/ontwikkelingenclaims](http://vva.nl/ontwikkelingenclaims).

## Einde zoek

Wouda had deze lange, slepende zaak kunnen voorkomen, als hij meteen aansprakelijkheid had erkend of misschien als hij op een minnelijke schikking had aangestuurd. Dat was in ieder geval veel goedkoper geweest. “Voor mij persoonlijk zeker. Nu heb ik er heel veel uren ingestoken, terwijl ik voor dat schadebedrag verzekerd ben. Maar als je ziet hoeveel uren VvAA en de SKGE-commissie erin hebben gestoken, dat is een veelvoud van het bedrag dat werd geëist.” Toch heeft Wouda noch VvAA ook maar een moment overwogen om te erkennen. “VvAA was heel gemotiveerd en ikzelf ook. Als je hieraan toegeeft, is het einde zoek. Dan geef je een heel verkeerd signaal af. Zo van: dien maar een claim in, dan kun je snel geld verdienen. Ik vind: als je staat achter wat je hebt gedaan, dan moet je daarachter blijven staan. En hoe zwaar, kostbaar en langdurig het traject ook is; de voldoening is groot als je in het gelijk gesteld wordt.” Want dat is de uitkomst: de claim wordt afgewezen. “Toen kleurde de hemel weer blauw”, zegt Wouda. “Ik ben opgelucht. Eindelijk gerechtigheid.”

De hele procedure heeft zijn werkplezier niet aangetast, maar zijn manier van werken wel. “Ik schrijf álles op in het dossier, heel zorgvuldig. Dat is nóg belangrijker nu patiënten sinds 1 juli elektronische inzage in hun dossier hebben. En hoewel ik eigenlijk vind dat patiënten hierin een eigen verantwoordelijkheid hebben, benader ik ze actiever om te controleren of zij gemaakte afspraken nakomen.” Advocaat Beij weet dat veel van de huisartsen die zij heeft bijgestaan, nadien defensiever zijn gaan handelen. “Dat kan juist ook klachten in de hand werken”, stipt zij aan. “Als je altijd doet wat patiënten willen, dan zijn zij sneller ontevreden als het een keer niet naar hun zin gaat.”

“Ik vind: als je staat achter wat je hebt gedaan, dan moet je daarachter blijven staan”

*\* De casus in dit artikel, dat eerder in Arts en Auto verscheen, is geanonimiseerd. De naam van de huisarts is gefingeerd, maar bij de redactie bekend.*

# Klaagschrift op *Naast de arts: de advocaat*

Een klacht of een claim. Bijna alle zorgverleners krijgen er in hun loopbaan een keer mee te maken. Als dat uitmondt in een gang naar het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG), is dat een grote stressfactor. De advocaat en (ziekenhuis)jurist staan de arts bij.

**Caroline van der Kolk-Heinsbroek staat artsen juridisch bij, onder andere bij het RTG. Zij is gezondheidsrechtadvocaat bij VvAA en werkt daarbij nauw samen met ziekenhuisjuristen, onder wie Joska van Wattum, bedrijfsjurist bij het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ).**

**“Dat heeft een enorme impact op de betreffende arts”**



# de mat aat en jurist



Caroline van der Kolk-Heinsbroek

In je postvakje een brief inclusief klaagschrift aantreffen en zo vernemen dat een patiënt – of een andere belanghebbende – een klacht tegen je heeft ingediend bij het RTG. Soms zelfs een aantal jaar nadat je de patiënt voor het laatst hebt gezien. “Je hoopt natuurlijk dat het anders gaat”, zegt Joska van Wattum, bedrijfsjurist bij het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ). “Dat een klager direct diens ongenoegen uit en zegt: ‘Ik ben niet tevreden’, zodat arts en klager hierover met elkaar in gesprek kunnen. Dat je het zo kunt oplossen met elkaar. Maar de praktijk is helaas weerbarstiger.”

Veel klachten gaan over hoe er met patiënten wordt omgegaan en gecommuniceerd, vertellen Van Wattum en VvAA-advocaat Caroline van der Kolk-Heinsbroek. Een ander groot deel van de klachten gaat over medisch inhoudelijk handelen. Denk aan een discussie over bepaalde medicatie, een foute diagnose of een naar de mening van de patiënt te laat ingrijpen door de dokter. Daarnaast gaan ook veel klachten over het niet of foutief verstrekken van medische gegevens van een patiënt aan derden.

### Geschrokken en ontdaan

Als je als arts een bericht krijgt van het RTG, dan schrik je. Veel artsen voelen zich ontdaan. “Het is vaak heel emotioneel”, vertelt Van Wattum. “Mensen slapen er slecht van. Kunnen soms minder goed functioneren. Nemen de stress mee naar huis.” Uiteraard speelt het soort klacht daar ook een rol in, benadrukt Van der Kolk-Heinsbroek. “En wat voor soort klager het is. Soms hebben we te maken met zeer mondige klagers. Zo heb ik een zaak behandeld waarin de arts werd gestalkt door een klager. Dat heeft een enorme impact op de betreffende arts.”

### Advocaat erbij halen

Zodra een arts zich bij Van Wattum meldt met een brief van het RTG, schakelt zij VvAA in. “Als ziekenhuis zijn we verzekerd voor rechtsbijstand bij VvAA”, vertelt ze. Van der Kolk-Heinsbroek treedt dan vaak op als advocaat-gemachtigde van de aangeklaagde arts. Tegelijkertijd meldt Van Wattum de zaak aan bij MediRisk, waar de medische aansprakelijkheidsverzekering is ondergebracht. “Want er kan naast de zaak bij het RTG ook een civiele zaak lopen, omdat iemand een schadeclaim heeft ingediend. Men hoopt dan dat door een uitspraak van de tuchtrechter – in het voordeel van de klagende partij – er eerder tot erkenning van aansprakelijkheid wordt overgegaan.” (Zie kader voor meer uitleg) >



Joska van Wattum, bedrijfsjurist bij het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis

**“Je probeert een steunpilaar te zijn in een voor de dokter zeer stressvolle periode en hem of haar zo optimaal mogelijk te ontzorgen”**

#### **In gesprek met de arts**

Nadat is vastgesteld dat de zaak onder de dekking van de rechtsbijstandverzekering valt, levert Van Wattum alle benodigde stukken aan bij Van der Kolk-Heinsbroek. Daarna brengen ze samen een bezoek aan de betrokken arts. Van der Kolk-Heinsbroek: “Omdat zo’n tuchtrechtelijke procedure niemand in de koude kleren gaat zitten, is het fijner om elkaar ‘in het echt’ te ontmoeten. Zodat degene die wordt aangeklaagd ziet wie hem of haar juridisch gaat bijstaan in de aankomende maanden tot jaren en er makkelijker een band opgebouwd kan worden met de betrokken arts. Uiteraard wordt ook de casus uitvoerig inhoudelijk besproken. Zo’n gesprek duurt doorgaans twee tot drie uur.”

#### **Luisterend oor**

In zo’n gesprek vertellen de advocaat en jurist hoe een procedure bij het RTG verloopt, wat een dokter kan verwachten in deze specifieke zaken. Daarnaast willen ze een luisterend oor zijn. “En benadrukken we dat ze geen slechte dokter zijn, nu ze voor de tuchtrechter zijn gedaagd”, onderstreept Van der Kolk-Heinsbroek. “Je probeert een steunpilaar te zijn in een voor de dokter zeer stressvolle periode en hem of haar zo optimaal mogelijk te ontzorgen.”

Van Wattum vult aan: “Dat Caroline ook geneeskunde heeft gestudeerd helpt daarbij enorm. Ze weet hoe het eraan toegaat op de werkvloer.” Van der Kolk-Heinsbroek zorgt er bovendien voor dat ze goed bereikbaar is als de arts vragen heeft. Ook als dat betekent dat ze ’s avonds iemand aan de telefoon heeft. “En Joska weet weer precies hoe de interne procedures in het ziekenhuis in elkaar steken en kan waar nodig de benodigde protocollen verzamelen”, meent Van der Kolk-Heinsbroek. “Zo trekken we gezamenlijk op en vullen we elkaar goed aan.”

### Analyse van de klacht en verweerschrift

Een aangeklaagde zorgverlener wordt geacht in beginsel binnen vier weken op de brief van het RTG te reageren met een verweerschrift, vervolgt de VvAA-advocaat. “Klaagschriften blinken niet altijd uit in duidelijkheid. Om die reden zet ik eerst mijn tanden in het analyseren daarvan. De volgende vragen zijn dan ook van belang: wat zijn de klachten die betrekking hebben op het handelen van (uitsluitend) deze dokter? Waartegen moet de dokter zich verweren? Wat is relevant? Als ik dat helder heb, vraag ik aan de dokter om zijn verweer te schetsen. Gewoon mondeling. Opschrijven mag uiteraard ook. Van dat verhaal maak ik dan een goedlopend juridisch verweerschrift. Of artsen zelf hun verweerschrift kunnen schrijven? Tsja. Een goed verweerschrift is to the point. Het is lastig om dat zelf te schrijven als dat niet je core business is en je er emotioneel bij betrokken bent. Dus voor de meeste dokters is het prettig als een advocaat hun dit uit handen neemt.”

### Replik en dupliek

In sommige zaken mag een klager schriftelijk reageren op het verweerschrift. Die tweede schriftelijke reactie heet een ‘replik’. De dokter mag daar vervolgens ook weer op reageren. Dat wordt ‘dupliek’ genoemd. Deze reactie stelt Van der Kolk-Heinsbroek ook op – in samenspraak met de arts. “En als een arts op zitting moet komen, bereidt Caroline dat tot in de puntjes voor”, weet Van Watum. “Ze helpt emoties te kanaliseren. Blijft zich richten op datgene wat relevant is voor de tuchtrechter. Legt uit wat de arts beter wel en niet kan zeggen. Als dat nodig is, dan oefenen ze met vragen stellen en antwoorden. Zo komt iemand goed beslagen ten ijs.”

### Wel of niet op zitting komen

Maar tot een zitting hóeft het niet te komen. Want lang niet alle zaken komen voor de tuchtrechter. Uit een recent onderzoek blijkt dat ongeveer een derde van alle zaken op een zitting wordt behandeld. De overige zaken worden of in de raadkamer afgedaan (bijvoorbeeld omdat uit het verweerschrift blijkt dat een klacht kennelijk ongegrond is) of ingetrokken. Een klagende partij kan namelijk gedurende de procedure besluiten de klacht in te trekken.

Als het in een zaak wel tot een zitting komt, volgt de uitspraak meestal na zes weken. Afhankelijk van de beslissing kan dan de aangeklaagde of klagende partij in hoger beroep bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG). In sommige zaken betekent dit dat de gehele procedure zo’n twee jaar kan beslaan.

Dat de tuchtrechtelijke procedure een grote impact kan hebben op het leven van de aangeklaagde zorgverlener moge duidelijk zijn. Van der Kolk-Heinsbroek geeft aan: “Steeds meer zien we dat het geheel een emotionele belasting is voor de aangeklaagde zorgverlener. Om die reden wijs ik diegene zo nu en dan op het bestaan van de Peer support-coach binnen VvAA of het ETZ. Dit zijn artsen die ook in het verleden impactvolle gebeurtenissen hebben meegemaakt (zie ook pagina 18) en die nu andere artsen helpen om zulke gebeurtenissen goed te verwerken, zodat het niet op een later tijdstip in de weg gaat staan in het werk of privéleven.” <



## Klachtenfunctionaris, tuchtrechter of civiele rechter

### Verschillende routes die ontevreden patiënten kunnen bewandelen

Sinds de introductie van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) in 2016 kunnen patiënten naar de klachtenfunctionaris van een ziekenhuis stappen voor een snelle afhandeling van een klacht. Deze bemiddelt en kijkt naar mogelijke oplossingen. Zo heeft een ziekenhuis als het ETZ vier (parttime) klachtenfunctionarissen. Is het onvoldoende opgelost voor de klager? Dan kan de patiënt met zijn klacht terecht bij de klachtenonderzoekscommissie van het ziekenhuis en daarna naar een onafhankelijke geschillencommissie.

### Rechtstreeks klacht indienen

Een patiënt kan – eventueel met behulp van een advocaat – ook rechtstreeks een tuchtklacht tegen een arts indienen bij een van de vijf RTG’s. En daarmee de klachtenfunctionaris links laten liggen. Het RTG beoordeelt dan of de aangeklaagde zorgverlener heeft gewerkt volgens de destijds geldende professionele standaard. Oordeelt het RTG dat de klacht gegrond is? Dan kan het RTG de zorgverlener diverse maatregelen opleggen. Van een waarschuwing tot in het ernstigste geval een doorhaling in het BIG-register.

### Ziekenhuis aansprakelijk stellen

Als een patiënt vindt dat er sprake is van een medische misser, kan diegene ook het ziekenhuis civielrechtelijk aansprakelijk stellen. Leidt dit niet tot overeenstemming over een mogelijke schadevergoeding tussen het ziekenhuis en betrokkene? Dan kan de betrokkene ervoor kiezen de zaak voor te leggen aan de civiele rechter. Die doet dan een uitspraak over de aansprakelijkheid en de omvang van de schade.

A portrait of Odette Schouten, a woman with short, wavy brown hair, smiling warmly. She is wearing a dark blue plaid blazer over a white collared shirt. Her hands are clasped in her lap. She is seated in a red chair with a white frame. The background is a plain, light-colored wall.

“Mijn eerste  
gedachte: ik heb iets  
fout gedaan”

## Op gesprek bij de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie

# Eerst uit de emotie komen

Martijn Reinink

**Euthanasie verlenen, is altijd ingrijpend. Maar als de toetsingscommissie naderhand oordeelt dat het dossier vragen oproept, krijgt het nog een extra dimensie. “Ik heb ervan geleerd, maar het toetsingstraject heeft wel zoveel impact gehad dat ik voortaan geen euthanasie meer uitvoer.”**

Telefoon. Een jurist van de RTE, de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie. Met de mededeling dat het euthanasieverslag vragen oproept én de uitnodiging om deze vragen in een gesprek met de commissie te beantwoorden. En dan? “Slaat de schrik je om het hart”, zegt huisarts Odette Schouten. “Mijn eerste gedachte: ik heb iets fout gedaan. Ik was in paniek. Ik wist niet wat zo'n gesprek zou inhouden, maar associeerde het met de Inspectie, shaming & blaming. Welke consequenties zal dit hebben?”

## Boos

Bij huisarts Marieke de Brouwer overheerst aanvankelijk een gevoel van boosheid. “De jurist die belde, was vriendelijk en gaf me direct een aantal tips. Maar toch was ik aangedaan, boos. Je doet

wat het beste is voor je patiënt. Vanuit je hart. Je bent ervan overtuigd dat je zorgvuldig hebt gehandeld. En dan krijg je dit op je dak. Dan gaan er allerlei scenario's door je hoofd. Van: dit gaat misschien wel jaren duren. Tot: moet ik mijn dokterstas erbij neergooien en van baan veranderen?”

Schouten en De Brouwer zijn twee van de in totaal negentien artsen die in 2019 door de RTE

zijn 'uitgenodigd om tijdens de commissievergadering, antwoord te geven op bij de commissie gerezen vragen'. In totaal beoordeelt de RTE dat jaar 6.361 meldingen van euthanasie. Een jaar eerder zijn dat er 6.126 en krijgen 35 artsen een uitnodiging voor een gesprek.

## Vragen over uitvoering

Bij huisarts Schouten heeft de commissie vragen over de uitvoering van de euthanasie. Ze vertelt: “Ik was al tien jaar vaste waarnemer in een praktijk en kende de patiënt in kwestie erg goed. De praktijk-eigenaar werkte er korter en had ook minder ervaring met euthanasie. Daarom besloten we deze euthanasie samen te doen. Dat vond de patiënt prettig en wijzelf ook. Zo konden we elkaar tot steun zijn en een beetje in de gaten houden,

want het is altijd belastend. Nadat we de patiënt om en om een injectie hadden gegeven en zij was overleden, hebben we allebei het verslag voor de toetsingscommissie ondertekend. We waren ons van geen kwaad bewust, maar dat mag dus niet. Dé dokter, enkelvoud, moet de euthanasie verrichten. Ik vraag me af of dat nog past bij deze tijd, waarin huisartsen veel samenwerken, er veel duo-praktijken zijn en terminale zorg soms door twee of drie collega's wordt gedaan.” Jacob Kohnstamm, voorzitter van de RTE, licht desgevraagd toe: “Het is niet verboden om een euthanasietraject samen te doen, maar volgens de wet kan er maar één arts eindverantwoordelijk zijn voor de levensbeëindiging.”

## Worstelen met formulier

Bij de euthanasie die huisarts De Brouwer heeft verleend, rijzen er bij de commissie vragen over de medische grondslag van het lijden. “Het ging om een oudere dame met een stapeling van chronische lichamelijke en psychische klachten”, beschrijft de huisarts. “Ik heb jarenlang van alles geprobeerd om te kijken wat haar nog kon helpen. Zo was er onder meer sprake van pathologische rouw met daarbij depressieve kenmerken, waarvoor ze uitgebreid werd behandeld door een psychiater, maar dit gaf geen verandering in het beeld en ze persisteerde in haar euthanasievraag.” Op een bepaald moment heb ik er een SCEN-arts, een psychiater, bij betrokken en we kwamen tot dezelfde conclusie. >



Marieke de Brouwer

Na uitvoerige gesprekken, ook met haar kinderen die er vrede mee hadden, hebben we toen besloten haar wens in te willigen. Maar ik worstelde enorm met dat formulier voor de RTE. Ik kon mijn verhaal niet goed kwijt, doordat de standaardvragen erg somatisch zijn ingestoken. Daarop heb ik nog een collega-huisarts om advies gevraagd en hij zei, goedbedoeld: 'Kort zijn in je antwoorden, anders roept het vragen op.' En dus hield ik het vooral bij de hoofdmoot: pathologische rouw."

### Hulp invoeren

Na de uitnodiging voor een gesprek met de commissie doen beide huisartsen een beroep op hun rechtsbijstandverzekering en bespreken ze hun casussen met VvAA-advocaat Valéry Daniels. "Er zijn wel eens artsen geweest die ons pas na het gesprek met de commissie hebben ingeschakeld en dan viel op te maken uit het verslag dat hun verhaal niet goed was overgekomen", zegt Daniels. "Daarom adviseren we direct bij ons aan te kloppen, zodra de RTE schriftelijk of in een gesprek vragen wil stellen. Zodat we kunnen uitleggen wat de arts kan verwachten, maar ook kunnen meekijken: hoe ziet het formulier eruit? Zitten alle van belang zijnde stukken, zoals specialistenbrieven, erbij? Welke passages zouden vragen kunnen oproepen? Gelukkig geeft de RTE sinds eind vorig jaar van tevoren duidelijk aan welke vragen de commissie over welke zorgvuldigheidseis heeft." RTE-voorzitter Kohnstamm geeft aan geen bezwaar te hebben tegen een dergelijke voorbereiding op het gesprek. "Ik denk dat het winst kan opleveren, voor zowel de arts als de RTE. Tenzij je met wapperende toga het gesprek ingaat, dan juridiseert het vanzelf. En dat is nou juist wat wij en de wetgever niet willen. De arts is geen verdachte. We zijn er niet op uit om iemand zwart te maken, we zitten alleen met een paar vragen, die we graag beantwoord willen hebben."



### Uit de emotie

Schouten en de collega-huisarts met wie zij de euthanasie heeft uitgevoerd, zijn eerst van plan onvoorbereid naar het gesprek te gaan. "Ik dacht: ik ga ernaartoe en dan zie ik het wel, maar achteraf ben ik blij dat ik dat niet heb gedaan. Het voorgesprek met de advocaat heeft mij geholpen om uit de emotie te komen. Om naar de feiten te kijken en het een beetje buiten mezelf te plaatsen. En hij heeft ons ook wel gerust weten te stellen." Daniels licht toe: "Voor het OM zijn de zorgvuldigheidseisen 'vrijwillig en weloverwogen verzoek' en 'uitzichtsloos en ondraaglijk lijden' substantieel. Als de commissie al tot het oordeel zou komen dat er onzorgvuldig zou zijn gehandeld in de uitvoering, dan kan en zal naar mijn ervaring het OM de zaak al dan niet voorwaardelijk seponeren. Deze huisartsen hoefden dus niet te vrezen voor strafrechtelijke vervolging."

### Aandoeningen op een rij

Bij de casus van huisarts De Brouwer gaat het wél over een substantiële zorgvuldigheidseis. Advocaat Daniels daarover: "Er was wel degelijk een medische grondslag voor het lijden van de patiënt, maar niet goed en uitgebreid beschreven. Tegen mevrouw De Brouwer en de SCEN-arts heb ik gezegd: zet in jullie gesprek met de commissie alle lichamelijke en psychische aandoeningen van de patiënt op een rij." Dat advies neemt de huisarts ter harte. "Ik heb per aandoening een samenvatting gemaakt. Verder heb ik met allerlei andere mensen gebeld: SCEN-artsen, iemand van de Livenessindekliniek (nu Expertisecentrum Euthanasie, red.), een oud-lid van de toetsingscommissie. Ik wilde echt goed voorbereid zijn."

Omdat de SCEN-arts die zij heeft geraadpleegd niet eerder kan en De Brouwer per se samen met hem op gesprek wil, moet ze een maand wachten. "Natuurlijk zat ik ertegen aan te hikken. Je hebt het al druk en dit vreet tijd en energie. Maar hoe meer ik me erin ben gaan verdiepen, hoe meer mijn weerstand veranderde in begrip. Ik snapte wel dat ze vragen hadden." Al snel na het gesprek met de commissie krijgt zij te horen dat de uitgevoerde euthanasie aan alle zorgvuldigheidseisen voldoet. "Dat was wel reden voor een fles champagne." Ook huisarts Schouten krijgt het bericht dat er geen nader onderzoek door de IGJ of het OM zal volgen. Voor vier van de negentien artsen die in 2019 met de commissie spreken, is dat wel het geval.



Bekijk op [vaa.nl/euthanasie](https://vaa.nl/euthanasie) ook de video met de ervaringen van artsen Marieke de Brouwer, Odette Schouten en haar voormalig collega Antonia Viljac.

### Integer en correct

Het gesprek met de commissie hebben Schouten en De Brouwer allebei als 'prettig' ervaren. Al zegt die laatste wel: "Als de uitkomst anders was geweest, dan was dat gevoel waarschijnlijk ook anders geweest." Schouten omschrijft de arts, jurist en ethicus tegenover haar als 'integer, betrokken en correct'. "Ze stelden me op mijn gemak en wilden vooral achterhalen na welke injectie de patiënt was overleden, om tot een oordeel te komen wie er eindverantwoordelijk was voor de levensbeëindiging. Het klinkt gek, maar ergens ben ik ook wel blij dat ik dit heb meegemaakt. Ik heb ervan geleerd. Dat je jezelf toetsbaar op moet stellen en je kwetsbaarheid mag laten zien."

### Voorlopig geen euthanasie

Het toetsingstraject heeft er in haar geval wél voor gezorgd dat zij besloten heeft voortaan geen euthanasie meer te verlenen. "In elk geval voorlopig niet", zegt Schouten. "Dat is de keerzijde van het verhaal. Ik voel me kwetsbaar. We zijn zó zorgvuldig geweest, juist door het met z'n tweeën te doen. Hebben alles gecontroleerd en dan kan het tóch misgaan."

De Brouwer staat daar anders in. Tussen de uitnodiging en het gesprek met de commissie heeft zij nog drie keer euthanasie verleend. "Dat waren schrijnende casuïstieken. Die patiënten hadden mij nodig. Ik dacht: dan maar met het hoofd op het blok en hak het er maar af." Op de vraag of ze weer euthanasie zou verlenen op grond van psychische problematiek blijft het even stil. "Ik krab me wel tien keer achter de oren."

Op de dag van het gesprek met de commissie besteedt De Brouwer een euthanasie uit aan de voormalige Levenseindekliniek. "Toen ik later de zorgvuldige, gedetailleerde verslaglegging las, was ik daarvan wel onder de indruk. Daar trekken ze uren voor uit. Die tijd hebben wij als huisartsen niet. Los van het verslag kost het hele traject van een euthanasie, naast dat het heel beladen is, al heel veel tijd."

### Vingers niet aan branden

Toch zijn het nog altijd vooral huisartsen die euthanasie verlenen (83,1 procent van alle artsen die euthanasie uitvoerden in 2019). Al vermoedt De Brouwer dat dit in de toekomst anders zal worden. "We worden ouder met z'n allen. Dementie komt steeds

meer voor én mensen worden mondiger. Ik krijg steeds meer patiënten in de praktijk die zeggen: als ik dement word, hoeft het van mij niet meer. Tegelijkertijd zie ik om me heen dat huisartsen hun vingers daar niet aan willen branden, want je bent vogelvrij en dus verwijzen we steeds vaker naar het Expertisecentrum Euthanasie."

### Pleidooi voor toetsing vóóraf

In 2019 verlenen artsen die zijn verbonden aan het expertisecentrum, 904 keer euthanasie, ten opzichte van 726 keer in 2018, een toename dus van 25 procent. De Brouwer vervolgt: "Natuurlijk is dat hun expertise, maar als huisarts ken ik mijn patiënt het beste. Het is hét moment in iemands leven dat je er voor hem of haar kunt zijn." En daarom pleit zij voor toetsing vóóraf. "Niet bij alle euthanasieverzoeken, de meeste zijn klip-en-klaar, maar bij complexe casussen – denk aan dementie, psychische problematiek, stapeling van ouderdomsklachten – die een aanloop van maanden kennen, zou het enorm schelen als de commissie oordeelt vóórdat iemand is overleden."

Wettelijk kan dit niet, doordat euthanasie een wetsovertreding is die pas na afloop door de rechter kan worden goedgekeurd na een beroep op een bijzondere strafuitsluitingsgrond door de arts. Kohnstamm: "Toetsing vooraf is bij de totstandkoming van de wet uitputtend besproken, maar de wetgever heeft dit expliciet verworpen. De commissie kent de medische dossiers niet, de patiënten niet. De arresten van de Hoge Raad van april van dit jaar benadrukken nog maar eens dat de beoordelingsruimte in de wet alléén aan de arts is gegeven." De voorzitter van de RTE haalt daarnaast de functie van de SCEN-arts aan. "Die is er niet alleen voor consultatie, maar ook voor steun. Bij lastige situaties kan de arts vragen om steun, om een second opinion." De Brouwer in reactie daarop: "Een SCEN-arts kan zijn fiat geven, maar ik ben eindverantwoordelijk, ik draag de consequenties. Ik blijf erbij: het zou aanmerkelijk schelen als er op welke manier dan ook een toetsing vooraf komt."

*Dit artikel verscheen eerder in Arts en Auto*

Roept een euthanasie vragen op?

# Zo werkt de toetsing



Valéry Daniels (links) en Jet Meijwes



Hoe gaan toetsingscommissies en het OM te werk na een euthanasie en waarin kan VvAA ondersteuning bieden? Senior jurist Jet Meijwes en VvAA-advocaat Valéry Daniels vertellen.



“Het verlenen van euthanasie is iets wat niemand onberoerd laat”



Het merendeel van de euthanasieverzoeken wordt uitgevoerd door huisartsen. Of, zoals voorzitter van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie Jacob Kohnstamm, vaak benadrukt: ‘artsen verlenen euthanasie’. Dit verlenen van euthanasie is iets wat niemand onberoerd laat.

Na de uitvoering van een euthanasie maakt een arts hiervan melding bij de gemeentelijke lijkschouwer en gaat er – via de GGD – een verslag naar de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie (RTE).

De RTE oordeelt aan de hand van de wet en de Euthanasiencode 2018 of de arts aan alle zorgvuldigheidseisen heeft voldaan. Daarbij is door de wetgever aan de arts expliciet een beoordelingsruimte gelaten. De vragen die bij de beoordeling van de melding centraal staan, zijn: heeft de arts in redelijkheid tot de overtuiging kunnen komen dat de patiënt de euthanasie vrijwillig en weloverwogen verzocht? Kon de arts bij deze patiënt in redelijkheid tot de overtuiging komen dat sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden?

Daarnaast is de KNMG/KNMP-richtlijn ‘Uitvoering euthanasie’ leidend voor de beoordeling of de uitvoering medisch zorgvuldig is geweest.

De terugkoppeling van de uitkomst van de beoordeling vindt meestal plaats binnen een maand nadat de RTE de melding van de arts heeft ontvangen.

### Roept het vragen op?

Een senior jurist leest elk verslag dat bij de RTE binnenkomt en kijkt of de uitgevoerde euthanasie vragen oproept. In 2019 was het dossier in 90,1% van de meldingen ‘niet vragen-oproepend’. Vervolgens onderzoekt een commissie,

bestaande uit een arts, een ethicus en een jurist, of de euthanasie inderdaad is verricht met inachtneming van alle zorgvuldigheidseisen.

Van alle ontvangen meldingen in 2019 werden er 623 (9,8%) direct bestempeld als ‘vragen-oproepend’. In 2019 werden 19 artsen door de RTE uitgenodigd om tijdens de commissievergadering antwoord te geven op bij de commissie gerezen vragen.

### Van gedachten wisselen

Zo’n gesprek met de toetsingscommissie is géén verantwoordingsgesprek, benadrukt de voorzitter van de RTE, die de reden van het bestaan van de toetsingscommissies omschrijft als ‘dejuridisering in opdracht van de wet’. Geen verhoor, maar gedachten wisselen met elkaar. Om de praktijk recht te kunnen doen zoals deze zich in het hoofd van de arts heeft afgespeeld. Een arts moet immers de overtuiging hebben gekregen van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Die overtuiging is niet zwart-wit en daar groei je naartoe. Die beoordelingsruimte wordt gerespecteerd. De vraag van de RTE is: hoe heeft een arts onderzoek gedaan en hoe motiveert de arts tot die overtuiging te zijn gekomen?

Tegenwoordig legt de RTE de vragen van de commissie voorafgaand aan het gesprek expliciet schriftelijk aan de arts voor, zodat deze zich gericht kan voorbereiden op het gesprek met de RTE. Het staat de arts vrij om zich bij het gesprek met de RTE te laten begeleiden door de geconsulteerde (SCEN-)arts.

### Koerswijziging?

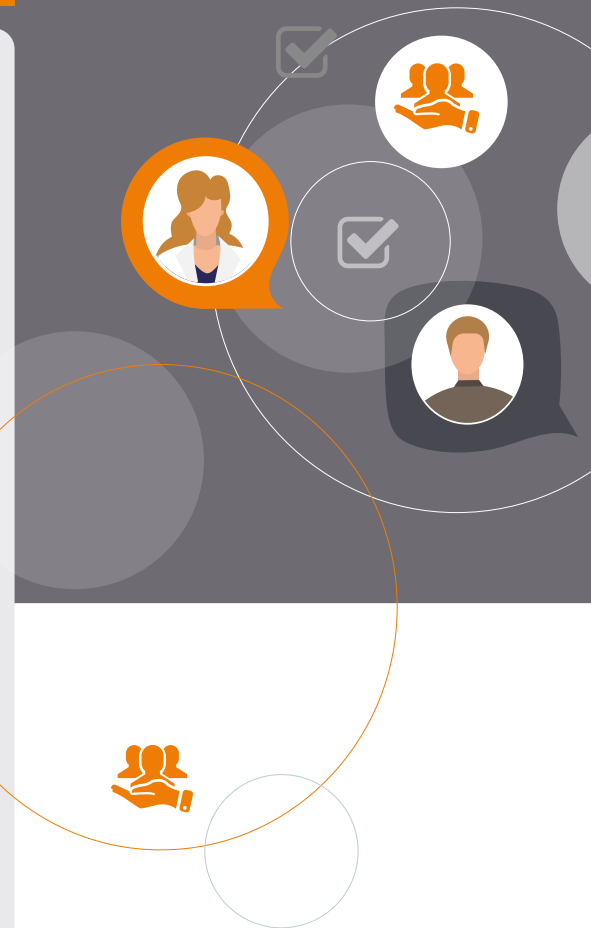
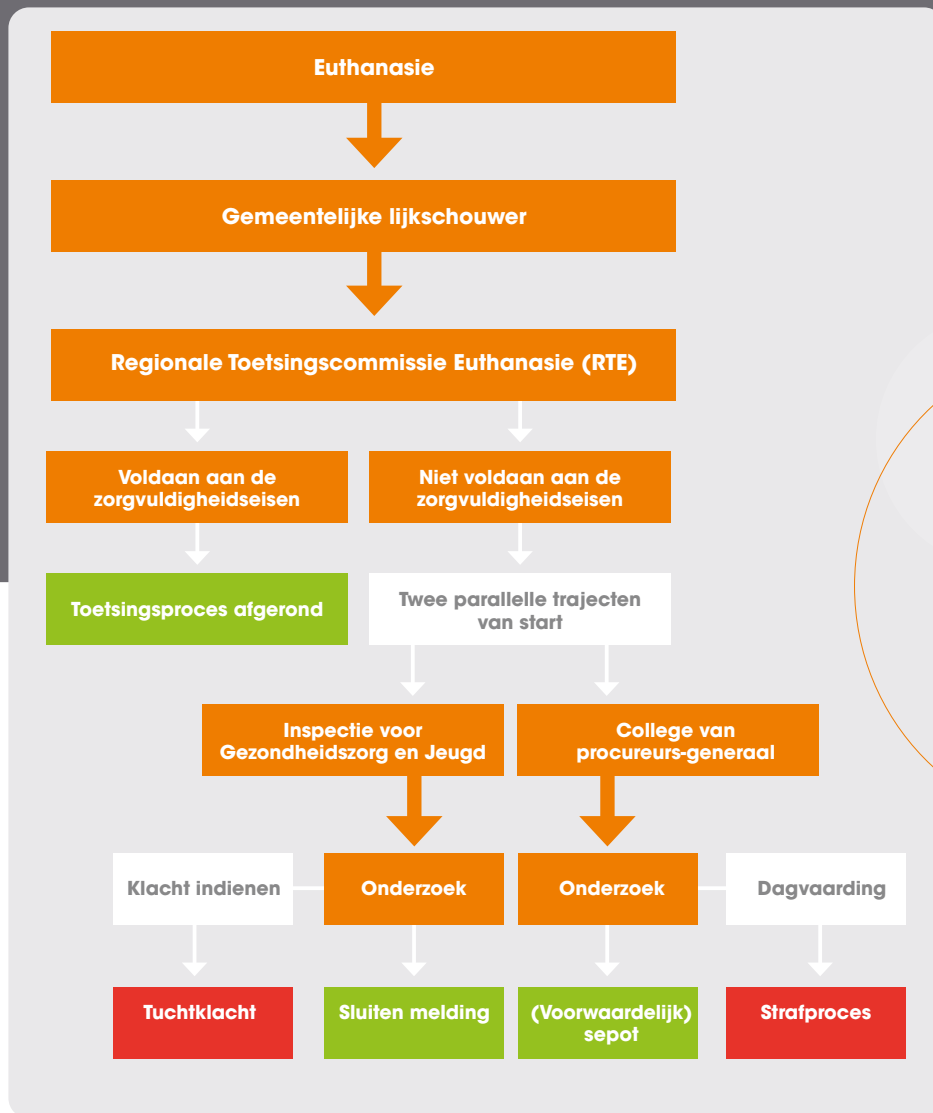
De Wet toetsing levensbeëindiging op

verzoek en hulp bij zelfdoding (afgekort de Wtl) schrijft voor dat het OM en de IGJ nader onderzoek doen wanneer de RTE oordeelt dat er bij het verlenen van de euthanasie niet aan de zorgvuldigheidseisen is voldaan. In 2018 werden het OM en de IGJ in zes zaken op de hoogte gesteld van het RTE-oordeel ‘onzorgvuldig’ (0,1 procent van alle meldingen). In 2019 gebeurt dat in vier zaken. Ondanks het kleine aantal werd in de media gesproken van een ‘koerswijziging’. De eerste strafrechtelijke vervolging van een arts na een uitgevoerde euthanasie – waartoe in november 2018 door het OM werd besloten – speelt daarbij een belangrijke rol. Door de actievare houding en opstelling van het OM is toenemende bezorgdheid onder artsen ontstaan. Nader onderzoek door IGJ en OM naar de uitgevoerde euthanasie is voor artsen vaak een enorme last.

### Voorbereid het gesprek in

Jurist Jet Meijwes: “Euthanasie is onderdeel van het werk van een arts en een arts doet dat op een zo’n goed mogelijke manier. Het traject erna is vrij lang en er kijken veel mensen mee. Dit is reden voor VvAA om zorgverleners in een vroegtijdig stadium te willen ondersteunen.” In eerste instantie in een coachende rol wanneer de arts voor een gesprek wordt uitgenodigd bij de RTE. VvAA-advocaat Valéry Daniels doorloopt de zaak dan grondig met de arts en samen bereiden ze het gesprek voor. “Al is het geen juridisch gesprek bij de RTE, het is wél van belang dat er een compleet en juist plaatje op tafel komt te liggen. Dat voorkomt vaak een verder vervolg van de zaak. Ik adviseer dan ook: stuur alle stukken toe en leg de feitelijke gang van zaken en overwegingen stap voor stap uit.”

## Toetsingsproces na euthanasie



Jet Meijwes

### De zorgvuldigheidseisen

1. De arts heeft de overtuiging gekregen dat er een vrijwillig en weloverwogen euthanasieverzoek van de patiënt was.
2. De arts heeft de overtuiging gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt.
3. De arts heeft de patiënt voorgelicht over de situatie waarin hij/zij zich bevond en over diens vooruitzichten.
4. De arts is met de patiënt tot de overtuiging gekomen dat er voor de situatie waarin de patiënt zich bevond geen redelijke andere oplossing was.
5. De arts heeft ten minste één andere onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, zoals in punt 1 t/m 4 hierboven is beschreven, en
6. De levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding is door de arts medisch zorgvuldig uitgevoerd.

### Oordeel: niet voldaan aan zorgvuldigheidseisen

Wordt de verleende euthanasie na het gesprek door de RTE beoordeeld als 'onzorgvuldig'? Enerzijds start dan het onderzoek bij de IGJ, die zelfstandig onderzoekt of er een tuchtklacht tegen de arts moet worden ingediend. Anderzijds is er de strafrechtelijke weg bij het OM (College van procureurs-generaal), dat onderzoekt of de arts strafrechtelijk vervolgd moet worden.



*Aan de inhoud van dit artikel kunnen geen rechten worden ontleend. Per (soort) verzekering zijn specifieke verzekeringsvoorwaarden van toepassing. Voor een compleet overzicht van de verzekeringsdekking raadpleegt u de polisvoorwaarden. Wilt u weten welke verzekering passend is, neem dan contact op met VvAA.*

### Reflecteren

Valéry Daniels: “Waar het bij de RTE naar mijn ervaring in veel gevallen gaat over de uitvoering van de euthanasie (zoals bijvoorbeeld over de volgorde van toegediende middelen of het meegenomen hebben van een noodset), kijkt de IGJ vooral of de arts op zijn/haar handelen kan reflecteren. De arts is hier geen verdachte in strafrechtelijke zin. De IGJ vraagt van de arts medewerking aan het onderzoek om te achterhalen of de arts gehandeld heeft zoals het een redelijk handelend en bekwaam arts betaamt. Van belang is dat de arts inziet dat – en op welke punten – hij/zij anders had moeten handelen.”

Na het onderzoek kan de IGJ besluiten een tuchtklacht tegen de arts in te dienen, zoals gebeurde in de zaak van de specialist ouderengeneeskunde. De specialist ouderengeneeskunde die op basis van een schriftelijke wilsverklaring het leven van een patiënt met vergevorderde dementie had beëindigd, kreeg van het regionaal tuchtcollege de maatregel berisping opgelegd. Die berisping is in hoger beroep door het centraal tuchtcollege omgezet naar een waarschuwing. “Dit is de lichtste tuchtrechtelijke maatregel die in tegenstelling tot een berisping niet in het BIG-register aangetekend wordt.”

### Sepot

Voor het OM zijn de zorgvuldigheidseisen

‘vrijwillig en weloverwogen verzoek’ en ‘uitzichtloos en ondraaglijk lijden’ substantieel. Bij het onderzoek door het College van procureurs-generaal wordt de arts officieel als verdachte aangemerkt. Dit heeft tot gevolg dat de arts een zwijgrecht heeft. De arts wordt eerst uitgenodigd voor een gesprek met een Officier van Justitie en een stafjurist van het College van procureurs-generaal. Valéry Daniels: “Het is mijn ervaring dat tijdens dit gesprek openheid en een actieve opstelling van de arts belangrijk zijn. Ik zou een arts dan ook niet zonder meer adviseren om zich op zijn zwijgrecht te beroepen. Belangrijk hierbij is dat het OM reeds alle stukken van de RTE in bezit heeft. Dit neemt niet weg dat het maatwerk is om al dan niet een beroep te doen op het zwijgrecht. Afhankelijk van bepaalde vragen en afhankelijk van de casus.”

### Jurisprudentie

Voor het eerst sinds de totstandkoming van de euthanasiewet in 2002 heeft een arts, de eerder genoemde specialist ouderengeneeskunde, zich in 2019 moeten verantwoorden voor de strafrechter. De rechtbank kwam in de strafzaak tot het oordeel ‘ontslag van alle rechtsvervolgning’. Valéry Daniels: “Deze zaak werd vooral aangespannen om jurisprudentie te creëren op het gebied van euthanasie bij wilsonbekwame patiënten.” Hij hecht waarde aan de rechtszekerheid die dit

artsen oplevert, maar pleit wél voor de weg van cassatie in het belang der wet. “Dan staat de arts zelf niet meer terecht, maar doet de Hoge Raad uitspraak omdat beantwoording van een rechtsvraag in het algemeen belang wenselijk is.”

In april van dit jaar deed de Hoge Raad zo’n uitspraak in de zaak van de specialist ouderengeneeskunde. Het oordeel luidde dat artsen onder bepaalde omstandigheden op grond van een schriftelijke wilsverklaring gevolg kunnen geven aan een verzoek tot levensbeëindiging van een patiënt met vergevorderde dementie. Iets wat vooralsnog overigens zelden voorkomt: bijvoorbeeld twee keer in 2019. Beide meldingen zijn door de RTE als ‘zorgvuldig’ beoordeeld. Naar aanleiding van de uitspraak van de Hoge Raad heeft de RTE eind 2020 de Euthanasiecode aangepast in het kader van levensbeëindiging bij dementerende patiënten.

### Tot slot

Wilt u weten wat VvAA op basis van een rechtsbijstandverzekering voor u kan betekenen in de verschillende fases van het traject waarin u als arts te maken krijgt met de toetsing van een euthanasie? Neem dan contact met ons op. Wij vertellen u graag meer over de verzekeringsdekking.

## Vragen en antwoorden



### **Wabvpz en AVG**

De verplichting voor elektronische inzage staat in de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz). De Wabvpz is een verbijzondering van de rechten uit de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).

## Vragen en antwoorden

# De patiënt kijkt mee in het dossier

Sinds 1 juli 2020 zijn zorgverleners verplicht om patiënten elektronisch inzage te bieden in hun medische gegevens en daarvan een digitaal afschrift te verstrekken. Wat betekent dit in de praktijk en hoe beïnvloedt het mogelijk de behandelrelatie? Senior juristen gezondheidsrecht Shirin Slabbers en Annemarie Smilde geven antwoord.

*Shirin Slabbers en Annemarie Smilde*

### 1. Is het verplicht patiënten via internet inzage te geven?

Nee, het verschaffen van elektronische inzage kan, maar hoeft niet online, via een beveiligde zorgportaal of in een Persoonlijke gezondheidsomgeving (een PGO). Zorgverleners die nog niet digitaal werken, hoeven dit dus ook niet per se te gaan doen. U mag als zorgverlener bijvoorbeeld ook in uw praktijk inzage bieden op een scherm. Dan bent u ook aanwezig voor toelichting.

Een elektronisch afschrift verstrekt u door een pdf-bestand via een beveiligde mail te versturen of op een beveiligde USB-stick te zetten. Het kan ook via een zorgportaal of een PGO.

### 2. Is het elektronisch inzagerecht nieuw?

Het inzagerecht is niet nieuw. Een patiënt heeft op grond van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) al recht op inzage in zijn dossier en een (papieren) kopie daarvan. Bovendien kan hij op basis van de AVG aanspraak maken op verstrekking van een medisch dossier in een elektronische vorm als de aanvraag elektronisch wordt gedaan. De nieuwe regelgeving verplicht zorgverleners om de inzage en het afschrift op verzoek van de patiënt elektronisch te geven. Daarnaast behoudt de patiënt het recht om een papieren kopie te ontvangen.

### 3. Voor wie geldt de verplichting?

De verplichting om elektronisch inzage te geven geldt volgens de Wabvpz voor alle segmenten van de zorg die onder het bereik van de Wet kwaliteit klachten en geschillen zorg (Wkkgz) vallen. Oftewel vrijwel alle zorg, ook alternatieve zorg en cosmetische zorg. Twijfelt u of u Wkkgz-zorg verleent? Raadpleeg dan de brochure van VWS 'Val ik onder de Wkkgz?'

Hoewel de wet de verplichting om elektronisch inzage te geven bij de zorgorganisatie (de werkgever of opdrachtgever van de zorgverlener) legt, is het in de praktijk de zorgverlener die het verzoek krijgt en die de inzage moet (laten) geven. Doet de zorgverlener dit niet, dan kan hij daarvoor tuchtrechtelijk worden aangesproken. >

## Vragen en antwoorden

### 4. Betreft het (elektronisch) inzagerecht het volledige dossier?

Omdat de online inzage geen recht is, bent u als zorgverlener vrij om te bepalen of én in welke gegevens van het dossier u online inzage geeft.

De WGBO verplicht u gegevens van derden in het dossier af te schermen als dat nodig is om hun privacy te beschermen, bijvoorbeeld bij vertrouwelijke informatie van de partner van de patiënt. Deze beperking geldt ook bij inzage op het scherm of bij verstrekking van een elektronisch afschrift. Let er dus op dat de leverancier van een digitaal dossier de mogelijkheid biedt om slechts een deel van het dossier aan de patiënt te tonen.

Verder mag u online inzage beperken of stoppen, bijvoorbeeld als u dit in het belang van de patiënt vindt. Denk aan een patiënt in een crisissituatie. Uiteraard is het daarbij van belang vooraf aan de patiënt uit te leggen waarom u dit doet. Houd er rekening mee dat de patiënt in deze situatie wel recht heeft op volledige inzage in het elektronisch dossier in uw praktijk of in een pdf van het dossier.

De wet bevat namelijk geen beperking van dit recht in het belang van de patiënt en/of goede zorg.

In de praktijk zien we nadere regels per zorgsegment. Zo beperkt de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) 'Online inzage in het H-epd door de patiënt' de online inzage in de E- en P-regels van een consult tot de regels die ná 1 juli 2020 zijn ingevoerd.

### 5. Hebben vertegenwoordigers van de patiënten dezelfde rechten?

Ja, de vertegenwoordigers van patiënten tot 12 jaar en die van wilsonbekwame patiënten kunnen in plaats van deze patiënten om elektronische inzage of een elektronisch afschrift vragen. Voor ouders met gezag van patiënten van 12 tot en met 15 jaar ligt dat iets anders.

Ze hebben alleen dit recht voor zover het gaat om gegevens in het dossier die zij nodig hebben om beslissingen over de zorgverlening aan hun kind te nemen. Vanwege deze beperking is voor de online inzage gekozen voor een praktische oplossing: kinderen van 12 tot en met 15 jaar moeten toestemming geven voor online inzage in hun dossier door ouders met gezag. Het kind kan deze toestemming op ieder moment weer intrekken.

Voor de rechten van vertegenwoordigers – dus ook de online inzage – geldt naast genoemde beperking vanwege de privacy van derden ook nog een beperking vanwege goed hulpverlenerschap: als u kennisname van bepaalde gegevens schadelijk acht voor de patiënt, moet u deze gegevens uit een kopie verwijderen of bij inzage afschermen. Deze situatie kan zich bijvoorbeeld voordoen bij verchtscheidingen.

Is het kind ouder dan 16 jaar, dan mag alleen met toestemming van de minderjarige informatie uit het dossier worden verstrekt. Het is aan het kind zelf om online inzage aan zijn ouders te geven. Is de minderjarige wilsonbekwaam, dan oefenen de ouders (met gezag) de rechten van de minderjarige uit. Zij hebben dan dezelfde positie als de ouders van een minderjarige die jonger dan 12 jaar is.



Shirin Slabbers



## Vragen en antwoorden

### 6. Wat voor impact hebben de nieuwe rechten en online inzage op de praktijk en behandelrelaties?

Houd bij het verlenen van online inzage rekening met meer vragen over het dossier en in bepaalde gevallen zelfs kritiek van patiënten. Ook kunt u verzoeken tot aanpassing van het dossier verwachten, zoals vernietigingsverzoeken. Omdat iemand het niet eens is over uw beleid, of als er tegengestelde belangen zijn, bijvoorbeeld bij een vechtscheiding. Het advies is om hier niet defensief of formeel op te reageren; dit komt de behandelrelatie namelijk niet ten goede. Probeer net als bij een verwijzingsverzoek van een patiënt te achterhalen wat de onderliggende behoefte is en bespreek of de aanpassing van het dossier een echte oplossing biedt of dat er iets anders nodig is.

Ook als u geen online inzage biedt, kunt u te maken krijgen met verzoeken om een pdf te verstrekken en daardoor meer vragen over het dossier of verzoeken tot aanpassing hiervan.

### 7. Herhaalt de discussie zich over het dossier en de verzoeken tot aanpassing?

In dat geval kunt u voordat u het verzoek tot online inzage inwilligt, met de patiënt (of vertegenwoordiger) afspraken maken over de communicatie over het dossier met als doel het werkbaar houden van de relatie en het borgen van de kwaliteit van het dossier. Als deze afspraken niet het gewenste effect hebben, kunt u besluiten bepaalde gegevens van het dossier niet meer te delen via online inzage. De patiënt (of vertegenwoordiger) houdt dan wel het recht om het volledige dossier in te zien op de praktijk of met regelmaat een pdf van zijn dossier te ontvangen. Daarmee heeft hij toegang tot het volledige dossier.



Annemarie Smilde



## Zo houdt u de regie

#### Tip 1:

Maak in uw praktijk een stappenplan voor een zorgvuldige en efficiënte behandeling van onvrede en verzoeken van patiënten betreffende het dossier. Met name de verzoeken tot verwijdering van gegevens, verdienen hierbij aandacht. Zie hiervoor de KNMG-richtlijn 'Omgaan met medische gegevens'.

#### Tip 2:

Geef op de website aan patiënten voorlichting over het doel van het dossier en hun rechten. Adviseer om vragen over het dossier zoveel mogelijk tijdens een consult te stellen. Hiermee voorkomt u een tijdrovende mailwisseling en beperkt u het risico op verzoeken tot verwijdering van gegevens én op klachten. Psychotherapeuten en gz-psychologen zouden kunnen overwegen (standaard) in hun behandelplannen op te nemen dat opmerkingen of vragen met betrekking tot het dossier worden besproken tijdens een behandelsessie.

#### Tip 3:

Evalueer regelmatig de binnenkomende vragen en bekijk in hoeverre acties gewenst zijn, zoals een aanpassing van de tekst op de website of aanvullende werkafspraken. Let ook op of de privacyverklaring aanpassing behoeft.

## Juridisch kader rond beeldopnames van videoconsulten

# “Dokter, ik maak even een filmpje”

**Beeldbellen met patiënten heeft door COVID-19 een vlucht genomen. Mag je als patiënt of zorgverlener ongevraagd op ‘record’ drukken? En in welke situaties mag je beelden aan anderen tonen of gebruiken in een klacht- of civiele procedure? De juridische kaders rond het opnemen van videoconsulten op een rij.**

*Claire Blaauw, senior jurist medische aansprakelijkheid en gezondheidsrecht*

*Jobien Olijhoek, internist-vasculair geneeskundige en medisch consultant VuAA*



Claire Blaauw



## Vragen en antwoorden

Patiënten mogen al langer, met of zonder medeweten van de zorgverlener, een geluidsopname van een consult maken. Deze opname biedt de patiënt gelegenheid om later rustig terug te luisteren wat besproken is, eventueel in aanwezigheid van een vertrouwenspersoon.

Beeldopnames van een fysiek consult vinden, met toestemming van de patiënt en overige personen/zorgverleners in beeld, ook al langer plaats. Denk aan opleidingen, waarbij beeldopnames helpen bij reflectie op het handelen en zo bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Naar verwachting blijft het aantal videoconsulten op hoger niveau dan vóór de COVID-pandemie: het blijkt in bepaalde situaties een goed alternatief voor een fysiek consult. Bovendien heeft de NZa sinds de eerste golf van COVID-19 de vergoeding voor videoconsulten verruimd.

Parallel aan geluidsopnames van een fysiek consult, bestaat de verwachting dat patiënten en zorgverleners ook beeldopnames (gaan) maken van een videoconsult. Dat kan via een smartphone of via de applicatie van het videoconsult zelf. Waar de ene zorgverlener hier geen moeite mee heeft, zal de ander defensiever kunnen gaan handelen door dit 'derde oog'. Wellicht bestaat ook de angst dat de opname gedeeld of gebruikt wordt voor de onderbouwing van een klacht of claim, wat nu al soms gebeurt bij geluidsopnames. Het is voor zorgverleners de kunst om zich bewust te zijn van deze mogelijk nadelige consequenties, maar er tegelijkertijd voor te waken dat deze zich niet doorvertalen in het medisch handelen en de vertrouwensrelatie.

### 1. Mag een patiënt een videoconsult zonder toestemming van de zorgverlener opnemen?

Strikt genomen is de toestemming van de zorgverleners niet vereist als we ervan uitgaan dat de patiënt niet beroepsmatig handelt, maar de beelden opslaat voor privédoeleinden. De patiënt moet de zorgverlener wel vooraf informeren. Een beeldopname van een ander zonder diens medeweten is namelijk volgens het Wetboek van Strafrecht verboden. Dit is anders bij een geluidsopname van een consult. Als een patiënt zelf deelneemt aan dit gesprek, mag hij hiervan heimelijk een geluidsopname maken, hoewel de KNMG in de 'handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten' wel aangeeft dat het beter is voor de verstandhouding als de patiënt dit van tevoren aan de zorgverlener meldt.

### 2. Mag een patiënt een beeldopname van een videoconsult zonder toestemming van de betrokken zorgverlener delen met anderen?

Een patiënt mag een opname van een videoconsult alleen voor privédoeleinden gebruiken, dus delen in een kleine kring van familie en vrienden. Dit geldt voor beeld- én geluidsopnames.

Hij mag de opname alleen met toestemming van de zorgverlener openbaar maken. Deze toestemming is ook nodig als de zorgverlener op de hoogte is van de opname. De vraag is waar de grens ligt tussen privégebruik en openbaar maken. De Hoge Raad merkt het delen van een bericht met vrienden via Facebook aan als openbaar maken, als het gaat om een besloten groep van twintig personen of meer. Ook voor het delen van beeldopnames is deze uitspraak relevant.

### 3. Mag een patiënt een beeldopname van een videoconsult gebruiken in een procedure over een klacht of een claim?

De beslissing om een beeldopname wel of niet toe te laten als bewijs in een procedure ligt uiteindelijk bij de rechter. Gaat het om toelating van het bewijs, dan zien we dat de rechter verschillende factoren laat meewegen in deze beslissing. Vaak is er een afweging van belangen: het belang dat de waarheid aan het licht komt versus het belang dat de privacy niet (onnodig) wordt geschonden. Bij het naar boven halen van de waarheid is de vuistregel dat dit resultaat wellicht op een andere en minder ingrijpende wijze kan worden bereikt dan via een privacygevoelige beeldopname. Ook wordt erop gelet dat er alleen privacygevoelige gegevens worden prijsgegeven die voor dit resultaat strikt noodzakelijk zijn.

Tot nu toe kwam het bij weinig uitspraken aan de orde dat de rechter zich moest uitspreken over het toelaten van een opgenomen videoconsult als bewijs voor een gegronde klacht of claim.

Tuchtrechters lijken geneigd te zijn om geluidsopnames toe te laten als bewijs ter ondersteuning van de tuchtklacht. Verschillende bijkomende omstandigheden kunnen uitzonderingen veroorzaken. Zo oordeelde het Centraal Tuchtcollege eerder dat een geluidsopname niet als bewijs gold toen de betrokken patiënt de geluidsopname heimelijk had verricht zonder zelf deel te nemen aan het gesprek.

Kortom, op voorhand kan niet worden uitgesloten dat de rechter de opname van een videoconsult toelaat als bewijs in een procedure.

### 4. Heeft een zorgverlener toestemming van de patiënt nodig voor het maken van een opname van een videoconsult?

Ja, wanneer de patiënt herkenbaar in beeld komt, moet de zorgverlener toestemming vragen voor beeldopnames. De zorgverlener handelt namelijk beroepsmatig en niet voor privédoeleinden. Voor geldige toestemming is vereist dat de patiënt vooraf goed geïnformeerd is over het doel van de opname, hoe lang en waar deze wordt bewaard en met wie de opname wordt gedeeld. Het is niet voldoende als voor deze informatieverstrekking slechts wordt doorverwezen naar het

privacy-statement op de website. In het medisch dossier moet worden genoteerd dat er voor de opname toestemming is verkregen. Het is raadzaam om daarnaast de patiënt nogmaals om toestemming te vragen als de opname al loopt en daarbij uiteraard ook het antwoord vast te leggen.

### 5. Heeft de patiënt recht op een kopie van de door een zorgverlener gemaakte opname?

Maakt de opname deel uit van het medisch dossier, dan heeft de patiënt recht op een kopie. Behoort de opname tot het opleidingsdossier, dan heeft hij dit recht ook, tenzij het recht op bescherming van de privacy van de zorgverlener in opleiding, of een ander die op de opname te zien of te horen is, zwaarder moet wegen.

### 6. Welke regels moet een zorgverlener in acht nemen voor het bewaren van de opnames in het (medisch) dossier?

Hoe lang de opname bewaard wordt, is afhankelijk van het doel van de opname. Dient de opname voor de behandeling en begeleiding van de patiënt (zorgdoel), dan behoort deze in beginsel tot het medisch dossier en geldt de bewaartermijn van 20 jaar. Dit geldt overigens alleen als het bewaren van de opname noodzakelijk is voor het waarborgen van goede zorg en

continuïteit van de dienstverlening. Wordt de opname slechts eenmaal beoordeeld en is deze daarna niet meer van belang voor het zorgdoel, dan moet de opname worden verwijderd. In het dossier is een verslag van het videoconsult dan voldoende.

Vindt de opname plaats voor een opleidingsdoel? Dan moet de opname na gebruik voor dit opleidingsdoel vernietigd worden. De opname wordt tot dat moment bewaard in het dossier van de zorgverlener in opleiding en niet in het medisch dossier.

### 7. Mogen de opnames worden gebruikt voor een ander doel dan oorspronkelijk vastgesteld?

In de praktijk is deze vraag vooral relevant voor het gebruik van een opname van een videoconsult voor kwaliteitsvisitaties, intercollegiale toetsing of het onderzoeken van incidenten. In deze situaties is het antwoord ja. De regelgeving over privacy en het beroepsgeheim biedt hiervoor ruimte, omdat kort gezegd genoemde kwaliteitsdoelen in het verlengde liggen van die van het medisch dossier of het opleidingsdossier. De toestemming van de patiënt en – in geval van een opleidingsdossier – die van de opleiding of opleider mag hierbij worden verondersteld, mits zij vooraf over het gebruik voor kwaliteitsdoelen geïnformeerd worden, bijvoorbeeld via de website van de instelling of praktijk.



“Je hoeft je niet gelijk een slechte tandarts te voelen als je een klacht krijgt”



**Segou**

# De student over klachten en claims

*Saskia Bogaart*

Weten hoe je met klagende patiënten om moet gaan. En wat de vervolgstappen zijn wanneer een (tucht)klacht op je bureau ligt of je aansprakelijk wordt gesteld. Om ervoor te zorgen dat (para)medisch studenten straks goed voorbereid zijn op de praktijk, zou de wereld van het tuchtrecht niet misstaan in hun lesprogramma. Dat gebeurt vooralsnog vrij summier. >



## Elise

“Tijdens de studieloopbaanbegeleiding hebben we het er wel eens over gehad: stel dat je een klacht krijgt, wat dan? Maar daar bleef het bij”, vertelt Elise Bats (24), student fysiotherapie aan de Saxion Hogeschool in Enschede. “Je wéét dat het kan gebeuren, maar hoe realistisch is het? Ik kan me niet voorstellen dat het mij zou overkomen. Dat komt ook omdat ik geen ervaringen gehoord heb van andere zorgverleners. Op dit moment zou ik dus niet zo goed weten hoe ik met een klacht om moet gaan. Ik zou eerst hulp gaan zoeken. Maar ja, bij wie?”

### Tuchtrecht net van toepassing

Voor Myrthe van Haften (22) en haar medestudenten klinische technologie aan de TU Delft, het Erasmus MC en het LUMC is het tuchtrecht nieuw. Deze beroepsgroep is pas sinds dit jaar definitief opgenomen in de wet BIG, waardoor het tuchtrecht nu volledig van toepassing is, vertelt ze. Ervaringen met klachten die leiden tot een tuchtzaak zijn dus niet voor handen. Tuchtrecht wordt wel besproken in een les. “Dat ging over incidenten en de functie van het tuchtrecht. Maar we hebben nauwelijks besproken over wat je moet doen als je wordt aangeklaagd of aansprakelijk wordt gesteld.” In verschillende vakken komt het onderwerp wel zijdelings voorbij, bijvoorbeeld tijdens een werkgroep medische ethiek.

### Nooit bij stilgestaan

“Een ander voorbeeld ging over een technische storing bij het

opstellen van een behandelplan voor radiotherapie”, vervolgt Myrthe. “Bepaalde gegevens van het bestralingsplan waren niet opgeslagen wegens een computerstoring, waardoor een patiënt een te hoge dosis kreeg. En daar twee jaar later aan overleed. Ontzettend naar, maar wie is hierbij verantwoordelijk?” Over een fout maken tijdens haar stages maakt ze zich niet veel zorgen. “De kans dat je als student ernstige fouten maakt, is niet heel groot. Je wordt op je stageplek zo goed begeleid. En daarbij ligt de eindverantwoordelijkheid niet bij jou. Maar stel dat je daarna in de klinische praktijk aan de slag gaat. En je te maken krijgt met een ontevreden patiënt. Je maakt een fout of je kampt met storing aan je apparatuur: dan weet je jezelf geen raad.”

### Schrik niet

Dat het tuchtcollege slechts kort wordt aangestipt in de collegebanken is ook de ervaring van Segou Jonker (26). Zij studeert tandheelkunde aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam. “Docenten waarschuwen in het eerste jaar dat je ooit in je carrière als tandarts een klacht aan je broek krijgt. En dat je mogelijk zult verschijnen voor de tuchtrechter. En dat je daarvan niet moet schrikken. Wat mij is bijgebleven is dat je je niet gelijk een slechte tandarts hoeft te voelen als je een klacht krijgt.” Ook herinnert zij zich nog een kort college over klachten en claims. “Redelijk taai stof. Zonder concrete voorbeelden, terwijl die helpen om het goed te onthouden.”



Myrthe



## “Scenario nog ver weg”

### Aandacht voor preventie van klachten

De maatregelen om te voorkomen dat je naar het tuchtcollege moet, krijgen volgens Segou wel voldoende aandacht. “Vanaf het eerste jaar wordt er bij ons ingestampt dat we alles moeten noteren. Alle controles, alle behandelingen. Van de materialen tot de merknamen aan toe. Als jij een patiënt bepaalde medicijnen hebt gegeven, moet je altijd terug kunnen halen wat je precies gedaan hebt. Dan kun je daarop terugvallen als patiënten gaan klagen.” Daarnaast is er aandacht voor gesprekstechnieken. Segou: “Je staat sowieso sterk als je al tijdens de behandeling alle voor- en nadelen met een patiënt hebt overlegd. Je leert wat je moet doen als een patiënt ontevreden is. Dat het het beste is om iemand helemaal uit te laten praten. Maar dat staat natuurlijk los van juridische procedures als een patiënt ontevreden blijft en een klacht indient.”

### Niet mee bezig

Toch zijn klachtenprocedures, een eventuele gang naar het tuchtcollege of aansprakelijkstelling geen onderwerpen waar ze zich druk over maken. “Terwijl”, zegt Myrthe, “ik van studenten geneeskunde heb gehoord dat je tenminste een keer in je loopbaan hiermee te maken krijgt. Dus het is wel een vrij reëel probleem.” Maar voor hen als jonge studenten is dat scenario nog ver weg. Hoe ervoor te zorgen dat studenten desondanks iets meer beslagen ten ijs komen, als ze straks starten met hun praktijk? Elise denkt dat een symposium of een lezing voor young professionals een goed begin is. Segou zou tijdens haar studie wel een keer stap voor stap door het hele proces meegenomen willen worden. “Dat je stil staat bij vragen als: hoe had je dit kunnen voorkomen, wat had je anders kunnen doen? En als het toch gebeurt: wat staat je precies te wachten?”

# De meest gestelde vragen over verzekeringen

Welke vragen krijgt VvAA dagelijks op het gebied van verzekeringen? Shiraas Goerdin, manager Zakelijke Dienstverlening bij VvAA, selecteert de meest gestelde vragen rond het thema klachten en claims. Hij legt ze voor aan Jan van der Staay, senior adviseur zakelijke verzekeringen.



Jan van der Staay (links) en Shiraas Goerdin

# “Bij rechtsbijstand wordt gekeken naar de juridische structuur waarin je werkt”



Jan van der Staay

## **Wat is het verschil tussen een rechtsbijstandverzekering en een aansprakelijkheidsverzekering?**

“Dit zijn de twee belangrijkste beroepsmatige verzekeringen. Ze worden vaak door elkaar gehaald. Een aansprakelijkheidsverzekering dekt voor de individuele zorgverlener de eventuele claims die volgen wanneer een patiënt letselschade of personenschade oploopt naar aanleiding van een behandeling. Via een procedure wordt de aansprakelijkstelling toegekend en daarmee een bepaald bedrag aan de gelaedeerde, dus de patiënt of consument. Daarmee is de aansprakelijkheidsstelling afgerond.

Een rechtsbijstandverzekering sluit daar naadloos op aan. Voorafgaande, tijdens of na afloop van die aansprakelijkheidsstelling vindt namelijk soms een tuchtprocedure plaats. Dat is een heel andere rechtsgang, dan kom je voor het tuchtcollege en moet je goed verdedigd worden. Daarvoor kun je aanspraak maken op je rechtsbijstandverzekering.”

## **Hoe zit het met deze verzekeringen als ik op verschillende locaties werk of in verschillende centra?**

“Aansprakelijkheid is echt locatie-bepaald. Als individueel medisch specialist zijn al je werkzaamheden en verrichtingen verzekerd door het ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft hiervoor een zogenoemde parapludekking. Wanneer je als individueel medisch specialist ook werkzaamheden verricht in een privé-kliniek of een zelfstandig behandelcentrum (ZBC), dan is daar een aparte verzekering voor nodig. Die kan de privékliniek of ZBC bij VvAA afsluiten.”

## **Ik werk als zelfstandig zorgverlener. Maakt het voor mijn aansprakelijkheidsverzekering of rechtsbijstandverzekering uit of, en in welke vorm, ik samenwerk met andere zorgverleners?**

“Voor de individueel medisch specialist is dat qua aansprakelijkheid minder relevant, dan is alles zoals genoemd verzekerd via de parapludekking van het ziekenhuis. Rechtsbijstand is echt maatwerk waarbij wordt gekeken naar de juridische structuur waarin je werkt. Of je alleen voor jezelf werkt bijvoorbeeld, dan heb je een individuele rechtsbijstandverzekering. Maar de verzekering kan ook zijn afgesloten op naam van de B.V. of iedereen die onder die besloten vennootschap werkt.”

## **Hoe zit het met mijn verzekeringen als ik als zorgverlener op straat of in het vliegtuig EHBO verleen aan iemand en ik krijg een klacht of een claim?**

“Een claim, dus aansprakelijkheid, is meeverzekerd op de aansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis. Het EHBO-risico is op alle VvAA-polissen meeverzekerd. Met uitzondering van de werkzaamheden die je verricht in Amerika of de Angelsaksische landen. Daar geldt een ander rechtstelsel. Voor rechtsbijstand is het simpel: de tuchtprocedure kennen we alleen in Nederland en is dus ook verzekerd wanneer de patiënt door jou op straat geholpen wordt.”

Wat moet u nog meer weten over medische aansprakelijkheid en rechtsbijstand bij werken in of buiten het ziekenhuis? Bekijk de infographic op de volgende pagina. <

*Aan de inhoud van dit artikel kunnen geen rechten worden ontleend. Per (soort) verzekering zijn specifieke verzekeringsvoorwaarden van toepassing. Voor een compleet overzicht van de verzekeringsdekking raadpleegt u de polisvoorwaarden. Wilt u weten welke verzekering passend is, neem dan contact op met VvAA.*



# Rechtsbijstand- en verzekering

**“Weet u als medisch specialist hoe u bent verzekerd voor aansprakelijkheid en rechtsbijstand? En of dit afdoende is wanneer u te maken krijgt met een claim of een klacht, tucht- of strafzaak? Deze kennis is zeer van belang als u niet persoonlijk in uw portemonnee wilt worden geraakt. Het maakt uit of u in het ziekenhuis in loondienst werkt, als vrijgevestigd medisch specialist via een**

## Bent u goed verzekerd voor beroepsaansprakelijkheid?

Werkt u in een ziekenhuis of andere zorginstelling? Dan bent u in de meeste gevallen verzekerd via de centrale beroepsaansprakelijkheidsverzekering van het ziekenhuis of de instelling. In welke situaties is het raadzaam om een aanvullende of extra verzekering af te sluiten? Dat ziet u in onderstaand overzicht.

### Wat is een beroepsaansprakelijkheidsverzekering?

Een beroepsaansprakelijkheidsverzekering beschermt u als medisch specialist tegen de financiële gevolgen van schadeclaims door een medische beroepsfout. Of bij andere schade in het ziekenhuis waarvoor u aansprakelijk bent.

### Waarvoor dient een aanvullende aansprakelijkheidsverzekering?

Een aanvullende aansprakelijkheidsverzekering beschermt u tegen de financiële kosten van een claim die wordt ingediend op een moment dat het maximale verzekerde bedrag van het ziekenhuis is bereikt. Hiermee voorkomt u dat u persoonlijk voor het schadebedrag moet opdraaien.

## Beroepsaansprakelijkheid Hoe bent u werkzaam?

**Ik ben vrijgevestigd medisch specialist** Sluit een aanvullende aansprakelijkheidsverzekering af.

**Ik ben medisch specialist in loondienst** Als medisch specialist in loondienst bent u verzekerd voor beroepsaansprakelijkheid via uw werkgever. Een aanvullende aansprakelijkheidsverzekering (via uw werkgever) is ook voor u raadzaam.

**Ik ben zzp'er** Bespreek met uw opdrachtgevers of en hoe u meeverzekerd bent. Bent u niet (volledig) meeverzekerd? Zorg dan zelf voor een beroepsaansprakelijkheidsverzekering voor de werkzaamheden die niet onder de centrale aansprakelijkheidsverzekering vallen.

**Ik werk samen met eerstelijnszorg** Wanneer de geleverde zorg niet wordt georganiseerd of gecoördineerd vanuit het ziekenhuis of de zorginstelling valt het niet onder de dekking van de centrale beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Het valt meestal ook niet onder de dekking van de aansprakelijkheidsverzekering van de eerstelijnszorgverlener. Sluit in zo'n geval voor die werkzaamheden een beroepsaansprakelijkheidsverzekering af.



# aansprakelijkheids- in kaart

**MSB of als zzp'er. En of u bijvoorbeeld (ook) samenwerkt met de eerstelijnszorg. Om de complexiteit te vereenvoudigen, brengen we hier de verschillende situaties en bijbehorende verzekeringen in kaart."**

*Neuroloog Janko de Jonge (Catharina Ziekenhuis Eindhoven) is kennispartner van VuAA. Hij adviseerde VuAA en andere belangrijke spelers in 2015 over de introductie van de Medisch Specialistisch Bedrijven (MSB's), waarbij dit onderdeel ook uitgebreid aan bod kwam.*

## Hoe bent u verzekerd voor rechtsbijstand?

Werkt u in een ziekenhuis of andere zorginstelling? En heeft u te maken met een klacht-, tucht- of strafzaak? Dan bent u in de meeste gevallen verzekerd voor rechtsbijstand via de rechtsbijstandverzekering van het ziekenhuis of de instelling. Maar dit is niet altijd het geval. Soms is het raadzaam een eigen verzekering af te sluiten. In onderstaand overzicht leest u er meer over.

## Wat is een beroepsrechtsbijstandverzekering?

Een beroepsrechtsbijstandverzekering verzekert u onder andere van goede en adequate juridische bijstand op het moment dat een klacht of een tuchtzaak tegen u wordt ingesteld.

## Beroepsrechtsbijstand Hoe bent u werkzaam?

**Ik ben vrijgevestigd medisch specialist** Check of u verzekerd bent voor hulp bij klacht- en tuchtzaken via het ziekenhuis. Is dat niet zo? Sluit dan zelf een beroepsrechtsbijstandverzekering af. Deze geeft u ook bij andere beroepsgerelateerde problemen of geschillen juridische bijstand, en kan worden uitgebreid met hulp bij onderlinge geschillen met collega's.

**Ik ben medisch specialist in loondienst** Check of u verzekerd bent voor hulp bij klacht- en tuchtzaken via het ziekenhuis. Is dat niet zo? Sluit dan zelf een particuliere rechtsbijstandverzekering af met een aanvullende dekking voor klacht-, tucht- en strafzaken.

**Ik ben zzp'er** Controleer of u bent verzekerd voor hulp bij klacht- en tuchtzaken via het ziekenhuis of de instelling, meestal is dit niet het geval. Sluit een eigen beroepsrechtsbijstandverzekering af. U bent dan verzekerd als u op meerdere locaties en voor meerdere opdrachtgevers werkt.

**Ik werk samen met eerstelijnszorg** Als vrijgevestigd medisch specialist of zzp'er bent u via uw eigen beroepsrechtsbijstandverzekering goed verzekerd voor rechtsbijstand in de samenwerking met de eerstelijnszorg.

## Een tuchtklacht tegen de dierenarts:

# “Communicatie is essentieel”

Elke dierenarts maakt in zijn carrière kans op een klacht, zegt VvAA-advocaat Timo van Oosterhout. Ook de zorg die de dierenarts levert, is immers mensenwerk. Wat kun je doen als je als dierenarts onverhoopt een tuchtklacht krijgt?

Als advocaat kent Timo van Oosterhout de ‘ins and outs’ van het veterinaire tuchtrecht. Hij ziet een groot deel van de klachten ontstaan door gebrekkige communicatie en onduidelijkheid over wat van de eigenaar werd verwacht. “Eigenaren zien hun huisdier vaak als dierbaar familielid. Een veelgehoord punt van klagers is dat ze achteraf zien dat hun dier te lang en te veel heeft geleden. Dat is dikwijls reden om hun onvrede uiteindelijk te onderstrepen met een klacht bij het tuchtcollege.”

### Wie dient de klacht in?

Tuchtklachten worden behandeld door het Veterinair Tuchtcollege. De eigenaar of een houder van een dier kunnen via [veterinairtuchtcollege.nl](http://veterinairtuchtcollege.nl) een klacht indienen. Ook een klachtambtenaar kan dit doen. Die komt in beeld als de volksgezondheid in het geding is, bijvoorbeeld in antibioticazaken.

### Verwijtbaar gehandeld

Het tuchtcollege onderzoekt of de dierenarts verwijtbaar heeft gehandeld. De klacht wordt naast de feiten en omstandigheden gelegd. “In het verweer dat de dierenarts in de procedure naar voren brengt, moet hij daarom zo precies mogelijk kunnen aantonen hoe hij heeft gehandeld en waarom. Vandaar ook het belang om de benodigde stukken geordend bij de hand te hebben. Daarnaast dient de dierenarts zich toetsbaar, transparant en leerbaar op te stellen. Tijdens de zitting kan ook de klager het woord krijgen.”

“De aandacht voor communicatie, regie en verslaglegging is essentieel”

### Verslaglegging

Alles wat is vastgelegd in het dossier en de patiëntenkaarten, speelt in de tuchtprocedure een belangrijke rol. “Het tuchtcollege stelt hoge eisen aan de dierenarts voor wat betreft de verslaglegging. Is deze niet op orde, dan is de klager in het voordeel. Zeker nu er door COVID-19 meer contact op afstand is, moet uit de dossiervorming duidelijk blijken waar de dierenarts zijn advies en behandeling op baseert.”

**In de dossiervorming komt onder meer terug:**

Wat is vastgelegd over de belangrijkste afspraken tussen dierenarts en eigenaar? Zijn de eventuele afspraken over de kosten van de behandeling beknopt vastgelegd en bevestigd aan de eigenaar? En welke communicatie vond plaats ten aanzien van de regie?

**Regie**

Het tuchtcollege acht het van groot belang dat de dierenarts, of diens eventuele vervanger, de regie heeft gevoerd. Gaf hij duidelijke instructies, zodat de eigenaar van het dier wist wat hij moest doen, ook als er geen verbetering in de situatie van het zieke dier optrad? Waren er duidelijke terugkoppelmomenten bij een ingezette behandeling? Was er goede nazorg?

**Maatregel bij gegronde klacht**

Een gegronde tuchtklacht kan leiden tot de oplegging van een maatregel voor de dierenarts. Dit kan een waarschuwing zijn, een berisping of zelfs een (voorwaardelijke) doorhaling van de registratie. Ook kan het tuchtcollege een boete opleggen. Verklaart het tuchtcollege de zaak ongegrond, dan kan de klager eventueel nog hoger beroep instellen bij het Veterinair Beroepscollege.

&gt;

**Doel tuchtrecht**

Het doel van het tuchtrecht is het waarborgen van de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg en het bevorderen van de goede en zorgvuldige beroepsuitoefening. Uit een tuchtzaak volgt geen schadevergoeding. Wel wordt de uitkomst van een tuchtzaak vaak benut in een civiele procedure om een schadevergoeding te claimen bij de civiele rechter.

Timo van Oosterhout



## Voorbeelden van als gebrekkig ervaren communicatie:



# De dierenarts...

- ... was slecht bereikbaar;**
- ... wilde eerst niet komen en kwam toen te laat;**
- ... was niet duidelijk over de behandelmethoden en de mogelijke uitkomsten of risico's. Nadien traden er complicaties op;**
- ... belde niet terug nadat de assistente de eigenaar verteld had dat de hond was overleden;**
- ... communiceerde onvoldoende over de openingstijden van de praktijk en of de hond daar kon blijven tot de narcose was uitgewerkt;**
- ... was niet duidelijk over de te verwachten kosten van een behandeling;**
- ... zette onvoldoende de opties van doorbehandelen of euthanasie uiteen.**

Soms zijn zaken wél duidelijk medegedeeld aan de eigenaar, maar kreeg deze dat door de stress en emoties niet volledig mee. Juist daarom is oog voor communicatie zo belangrijk, óók in de dagelijkse drukte. Afspraken, mededelingen en communicatie kort vastleggen, helpt daarbij.



## Een tuchtprocedure kan confronterend zijn en veel tijd en energie kosten

### 'Het blijft mensenwerk'

"Het is goed dat het veterinaire tuchtrecht er is. Dat mensen een plek hebben waar ze heen kunnen met medisch inhoudelijke klachten. Bijvoorbeeld: mijn dierenarts heeft lopen prutsen waardoor mijn hond kreupel is. Of: mijn paard is voorgoed onbruikbaar. Soms gaat het alleen over frustratie van de eigenaar, soms is er echt iets fout gegaan. Het blijft natuurlijk mensenwerk. Je probeert te voorkomen dat iets voor de tuchtrechter komt. Door in gesprek te blijven voordat posities zich verhardten, maar dat lukt niet altijd.

Zelf heb ik in de dertig jaar dat ik als dierenarts werk twee keer voor de tuchtrechter gestaan. Eén keer omdat een verwarde vrouw ervan overtuigd was dat haar hondje vreselijk geleden had tijdens het laten inslapen. En de andere keer omdat een advocaat boos was vanwege het overlijden van zijn hond. Beide klachten werden ongegrond verklaard. Toch heeft het er echt ingehakt. Ik zie dat ook bij collega's. Je voelt je aangevallen, aangesproken, falen. Dat gevoel zet je niet zomaar van je af. De tuchtprocedure duurt lang. Dus je sleept het zo maanden met je mee.

### Alles in het dossier

Wat ik ervan geleerd heb? Dat dossiervorming ongelooflijk belangrijk is. Alles moet in je dossier staan. Want je kunt wel zeggen 'het zat zus of zo' maar als het niet genoteerd is, dan is het jouw woord tegen dat van de eigenaar. In onze kliniek hanteren we daarom strikte richtlijnen voor dossiervorming. Ik was niet alleen betrokken bij het opstellen van de richtlijn dossiervorming voor Sterkliniek Dierenartsen maar ook van een landelijke richtlijn voor dossiervorming door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde (KNMvD), de beroepsorganisatie voor dierenartsen.

Vanwege de grote economische belangen en wetgeving is een goed onderbouwd dossier helemaal belangrijk als je werkt met landbouwhuisdieren, zoals koeien, paarden, varkens en kippen. Stel een heel koppel kalveren sterft, omdat jij een verkeerd medicijn voorschrijft. Daarmee zijn grote claims gemoeid. Het is dus zaak dat je jezelf en je personeel voldoende beschermt en verzekert tegen serieuze aanklachten." <

# Dierenarts kreeg tuchtklacht: "Je sleept het maanden met je mee"

Martine Carrière



Martine Carrière met Duitse herder Mack

## Diensten & verzekeringen rond klachten en claims

### Aansprakelijkheid

#### VvAA Beroepsaansprakelijkheidsverzekering



Voor het verzekeren van een financiële schade ten gevolge van een medische fout door een zorgverlener. VvAA biedt verzekeringen voor paramedici en medici, zoals huisartsen, tandartsen en dierenartsen. Ook voor het meeverzekeren van schade veroorzaakt door werknemers. Geschikt voor praktijkhouders, samenwerkingsverbanden en zzp'ers.

[vva.nl/beroepsaansprakelijkheid](https://vva.nl/beroepsaansprakelijkheid)

#### VvAA aansprakelijkheidsverzekering instellingen

Een verzekering die het beroepsaansprakelijkheidsrisico van (para)medici én het bedrijfsaansprakelijkheidsrisico van uw instelling of organisatie verzekert. Voor het verzekeren van een financiële schade ten gevolge van een medische fout of een schade door bijvoorbeeld een val op een natte vloer van uw instelling. Geschikt voor vele typen zorgondernemingen.

[vva.nl/aansprakelijkheid-instellingen](https://vva.nl/aansprakelijkheid-instellingen)

#### VvAA aanvullende aansprakelijkheidsverzekering

U kunt een aanvullende aansprakelijkheidsverzekering afsluiten, bovenop een aansprakelijkheidsverzekering van een ziekenhuis of instelling. Deze aanvullende verzekering komt van pas wanneer het maximale verzekerd bedrag van uw ziekenhuis of instelling in een bepaald verzekeringsjaar bereikt is. Aanspraken die boven het verzekerd bedrag van het ziekenhuis of de instelling uitkomen, zijn hiermee verzekerd.

[vva.nl/aansprakelijk-aanvullend](https://vva.nl/aansprakelijk-aanvullend)

#### VvAA aanvullende dekking 'goed werkgeverschap arbeidsongevallen'

De gewone werkgeversaansprakelijkheid voor fouten van werknemers of schade van werknemers – opgelopen tijdens werktijd – is verzekerd via de normale beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Voor andersoortige arbeidsongevallen, bijvoorbeeld tijdens een bedrijfsuitje, dient de aanvullende dekking 'goed werkgeverschap arbeidsongevallen'. Voor een klein bedrag per werknemer per jaar verzekert u zich hiervoor.

[vva.nl/beroepsaansprakelijkheid](https://vva.nl/beroepsaansprakelijkheid)

### Advies en ondersteuning

#### Juridische helpdesk



Bij VvAA rechtsbijstand krijgt u altijd antwoord op uw juridische vraag. Of het nu gaat om de omgang met een ontevreden patiënt of om acute rechtshulp bij nood. Onze juristen van de Juridische helpdesk helpen u graag op weg. De VvAA juridische helpdesk is kosteloos voor VvAA-leden én hun gezinsleden.

[vva.nl/juridische-helpdesk](https://vva.nl/juridische-helpdesk)

#### Veilig Incidenten Melden (VIM)



Een interne procedure 'Veilig Incident Melden' voor het omgaan met (signalen over) incidenten is voor alle zorgaanbieders verplicht. Via het VIM-platform biedt VvAA de mogelijkheid om gemakkelijk en veilig online (bijna-)incidenten te melden. Gebruikers voldoen aan de Wkkgz-verplichting en ontvangen trends, casuïstiek en preventieadvies.

[vva.nl/VIM](https://vva.nl/VIM)

## Diensten & verzekeringen rond klachten en claims

### Rechtsbijstand



#### VvAA bedrijfsrechtsbijstand-verzekering

Deze verzekering biedt rechtshulp bij geschillen die het bedrijf heeft met leveranciers, denk aan de aanbieder van telefonie, internet, medische apparatuur. Of geschillen aangaande de bedrijfsvoering of met betrekking tot het praktijkpand. Voor werknemers kan rechtshulp bij onder meer (tucht)klachten en Wkkgz-geschillen worden mee-verzekerd.

[vva.nl/bedrijfsrechtsbijstand](https://vva.nl/bedrijfsrechtsbijstand)

#### VvAA beroepsrechtsbijstand-verzekering

Deze verzekering biedt rechtshulp bij geschillen waarmee een zorgverlener geconfronteerd kan worden. Denk aan een geschil met een werknemer, een klacht van een patiënt, een onderling geschil met een collega in de maatschap, of een geschil met de gemeente over een bestemmingsplan.

[vva.nl/beroepsrechtsbijstand](https://vva.nl/beroepsrechtsbijstand)

#### VvAA rechtsbijstandverzekering voor medisch specialisten

Deze verzekering is specifiek voor medisch specialisten die in een ziekenhuis en in een Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) als zelfstandig ondernemer werken. Voor het verzekeren van rechtshulp bij geschillen met bijvoorbeeld patiënten. Maar ook voor rechtshulp bij een conflict met een collega binnen de vakgroep en het MSB. Een vakgroep van medisch specialisten kan deze verzekering sluiten of een medisch specialist voor zichzelf.

[vva.nl/rechtsbijstand-medischspecialist](https://vva.nl/rechtsbijstand-medischspecialist)

#### VvAA rechtsbijstandverzekering particulier

De VvAA rechtsbijstandverzekering particulier biedt juridische hulp bij geschillen die ontstaan in de particuliere sfeer of in het verkeer: met bijvoorbeeld de burens, de werkgever of een aannemer. Zorgverleners in loondienst krijgen bij deze verzekering óók rechtshulp bij een klacht of een tuchtzaak wanneer ze daarmee geconfronteerd worden en hun werkgever daar geen verzekering voor heeft afgesloten.

[vva.nl/rechtsbijstandverzekering](https://vva.nl/rechtsbijstandverzekering)

#### Peer support



Collegiale ondersteuning door getrainde artsen of andere medewerkers in de gezondheidszorg. Peer support-coaches vangen collega's op wanneer deze zijn betrokken bij een impactvolle gebeurtenis.

[vva.nl/peersupport](https://vva.nl/peersupport)

#### Ledenservice



Heeft u vragen of suggesties? U kunt altijd contact opnemen met onze Ledenservice. Wij staan op werkdagen van 08.00 tot 17.30 uur voor u klaar. Via [vva.nl/service](https://vva.nl/service) ziet u hoe u ons kunt bereiken, bijvoorbeeld via e-mail ([ledenservice@vva.nl](mailto:ledenservice@vva.nl)) en telefoonnummer 030 247 47 89.

[vva.nl/service](https://vva.nl/service)

# Betrokken

**“Je hebt moedig  
gehandeld”**

## **Betrokken zorgverleners vertellen**

In dit magazine leest u persoonlijke verhalen van betrokken collega-zorgverleners. Zij kregen onder meer te maken met een klacht, claim of een uitgebreide toetsing na een euthanasieverlening. In dit magazine spreken zij openhartig over zaken die anders liepen dan gewenst. We nodigen meer zorgverleners uit hun verhalen te delen zodat we met en van elkaar kunnen leren.

## **Bent u ook betrokken?**

Wilt u uw persoonlijke ervaring of vraag delen? Mailt u deze dan naar [betrokken@vvaan.nl](mailto:betrokken@vvaan.nl). Alvast bedankt.

“Mijn eerste  
gedachte: ik heb  
iets fout gedaan”

**“De aandacht voor  
communicatie,  
regie en verslag-  
legging is  
essentieel”**

“Het verlenen van  
euthanasie is iets  
wat niemand  
onberoerd laat”