

# Zorgplan: een behandeling als deel van een puzzel. Beschouwing op uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Bij de vraag of een bepaalde behandeling is geïndiceerd moeten tandartsen zich afvragen in hoeverre de behandeling past binnen een zorgdoel. Is dit niet het geval, dan wordt de indicatie doorgaans afgewezen omdat deze in strijd is met de professionele standaard. Op tandartsen die een dergelijke indicatie toch overwegen, rust de plicht de patiënt niet alleen op algemene risico's van een bepaalde behandeling te wijzen, maar ook op de extra risico's in verband met de risicovolle indicatie.

Brands WG. Zorgplan: een behandeling als deel van een puzzel. Beschouwing op uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2016; 123: 286-289  
 doi: 10.5177/ntvt.2016.06.16131

## Inleiding

De functie van het tuchtrecht is het borgen van de kwaliteit van de tandheelkunde en het beschermen van de patiënt. In het kader daarvan bieden tuchtcolleges uitspraken ter publicatie aan waarvan men meent dat de beroepsgroep er iets van kan leren. De voorliggende uitspraak (intermezzo) kent veel facetten die vragen oproepen (Brands, 2016): waarom mag bijvoorbeeld een tuchtcollege ter zitting wel over meer oordelen dan waarover wordt geklaagd en mag een verweerder zijn beroep niet uitbreiden met wat hem ter zitting in gedachten schiet? Of: "hoever mogen mijn incassopogingen gaan?". Inhoudelijk gezien springt er 1 onderwerp uit, namelijk de vraag naar de logica van een indicatie, gegeven een bepaalde houding van de patiënt. Dit heeft 2 aspecten, namelijk de kwaliteit van de indicatie zelf en het informed consent voor het behandelplan en de behandeling.

## De indicatie

In de voorliggende casus wordt de tandarts onder andere verweten dat hij een volslagen geïsoleerde behandeling heeft uitgevoerd, zonder dat dit paste in een groter geheel. Het tuchtcollege overweegt dat er geen behandelplan is. Dat de mondhygiëne van de patiënt slecht is, de patiënt zeer veel rookt, dat de krachtsverdeling tussen een betande en onbetande kaak zeer ongunstig is en dat de dikte van het kaakbot ook te wensen over laat. Niettemin plaatste verweerder korte implantaten in de bovenkaak ter ondersteuning van een implantaatgedragen gebitsprothese.

Wanneer er in het algemeen wordt gesteld dat er een indicatie kan zijn voor korte implantaten, dan betekent dit nog niet dat bij een bepaalde patiënt op een bepaald moment deze indicatie ook aanwezig is. In dit verband zijn de begrippen 'zorgdoel' en 'zorgplan' belangrijk. Onder zorgdoel wordt verstaan de toestand van de mond die tandarts en patiënt op een termijn van ongeveer 5 tot 10 jaar haal-

## Leerdoelen

- Na het lezen van dit artikel kent u
- de functie van het tuchtrecht;
  - de begrippen zorgdoel en zorgplan;
  - de waarde van een informed-consentformulier.

baar achten en waarop ze hun inzet afstemmen. Omdat dit niet altijd een na te streven doel is, maar vaak meer een consequentie, zou ook gesproken kunnen worden van een zorgconsequentie. Het zorgplan is dan de (behandel)route waarlangs men het zorgdoel denkt te zullen realiseren.

## *Het zorgplan is de (behandel)route waarlangs men het zorgdoel denkt te zullen realiseren*

Binnen dat zorgplan passen verschillende behandelplannen die als doel hebben het zorgdoel te realiseren. Om een zorgdoel vast te stellen spelen echter verschillende factoren een rol. Allereerst de wens van de patiënt, de uitgangssituatie van de mond en de algehele gezondheid. Maar ook diens motivatie om de noodzakelijke zelfzorg op te brengen of diens financiële mogelijkheden. Vervolgens zal een tandarts rekening houden met ethisch juridische normen. Wenst een bange patiënt bijvoorbeeld een totaalextractie van een gave dentitie dan kan deze patiënt wel het zorgdoel 'volledige gebitsprothese' hebben, maar een tandarts mag hier niet in meegaan. Dit is gebaseerd op het algemeen geldende ethische principe 'gij zult niet schaden', de patiënt dus niet bewust in een slechtere toestand brengen dan hij was (Broers et al, 2010). Dit betekent niet dat een tandarts alleen de tandheelkundig meest optimale behandeling mag indiceren. Immers, het bereiken van een bepaald zorgdoel vraagt niet alleen inzet van de tandarts, maar ook van de patiënt. Wenst of kan de patiënt die inzet niet te leveren, dan kan dit betekenen dat het oorspronkelijke zorgdoel niet zal worden gehaald en moet dit worden bijgesteld.

Wanneer het voorafgaande wordt toegepast op deze casus, dan gaat het al mis bij de vraag of het zorgdoel reëel is. Aan relevante patiëntgebonden succesfactoren, zoals niet roken en een goede mondhygiëne, wordt niet voldaan. Beide factoren maken het zorgdoel: behoud van kauwfunctie, indien nodig met implantaten, erg onzeker.

## Intermezzo. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Beslissing C2014.504 10 december 2015

### Feiten

Klaagster had van een implantoloog het advies gekregen om eerst het bot te verhogen alvorens implantaten aan te brengen. Ze ging naar verweerder voor een second opinion. Verweerder heeft een anamnese afgenomen, röntgenfoto's en gebitsafdrukken gemaakt. Voorafgaand aan de behandeling werden 3 offertes uitgebracht (respectievelijk € 1.156,42, € 11.112,59, en € 16.350,20) en werd de verzekeraar om vergoeding gevraagd. Voordat de reactie van de verzekeraar binnen was, werd de behandeling gedaan.

Op 18 augustus 2011 heeft klaagster een document ondertekend met onder andere de volgende opmerkingen: *“Ook na zorgvuldige planning en correcte uitvoering van chirurgische ingrepen kunnen er ongewenste complicaties optreden. De volgende complicaties kunnen optreden: (...) bij rokers bestaat een algemeen verhoogd risico voor ongewenste complicaties; (...) Bij operaties in de bovenkaak kunnen de volgende complicaties optreden: (...) Indien er niet genoeg bot aanwezig is kan het mogelijk zijn dat het bot opgebouwd moet worden met donorbot en/of eigen bot. De risico's van de behandelingen evenals de ontstane kosten zijn mij in een persoonlijk gesprek en verwijzend naar de persoonlijke situatie uitvoerig uitgelegd. Ik stem toe met de operatie.”*

Vanwege uitgebreid botverlies plaatste verweerder 4 korte implantaten in de bovenkaak. Met daarop een steg en een uitneembare gebitsprothese. In de onderkaak werden 2 implantaten en brugconstructies geplaatst. December 2011 werd 1 implantaat in de bovenkaak verwijderd wegens pijnklachten. Toen kreeg klaagster ook een rekening voor de implantaten in de boven- en onderkaak (€ 21.586,24). Op 9 januari 2012 werd het definitieve werkstuk in de bovenkaak geplaatst. Op 22 maart 2012 kreeg klaagster hiervoor de rekening ad € 8.674,85. Tussen januari en juni is klaagster 2 keer teruggeweest omdat er een schroef moest worden aangedraaid. In juni heeft verweerder klaagster op de onbetaalde rekeningen gewezen en kort daarna wees de verzekeraar de aanvraag voor vergoeding af. Omdat ze haar prothese niet kon verwijderen is klaagster september 2012 door een mka-chirurg gezien. Die meldde: *“Heden zag ik bovengenoemde patiënt in verband met een (pre) prothetische situatie bovenkaak. Klinisch en radiologisch moeten helaas de implantaten ter plaatse van de regio 22, 23, (12?) als verloren worden beschouwd. Een implantologische oplossing kan alleen gevonden worden wanneer er botopbouw heeft plaatsgevonden, mede gezien het feit dat hier sprake is van een onbetande bovenkaak versus een betande onderkaak. Gaarne uw prothetische (herstel) behandeling.”*

Op 10 september is een implantaat uit de bovenkaak verwijderd en heeft klaagster verweerder de brief van de mka-chirurg laten lezen. Ook is gesproken over de onbetaalde nota's. De broer van verweerder heeft klaagster meegedeeld dat ze een verklaring moest tekenen. Verweerder heeft eind 2012 met de vriendin van klaagster gesproken over de betaling van de rekeningen. De vriendin bleek hiertoe niet bereid. Klaagster heeft aangifte gedaan wegens wederrechtelijke vrijheidsberoving, waarbij ze is gedwongen tot ondertekening van schulderkenning. De aangifte is geseponeerd.

### Het standpunt van klaagster en de klacht

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

- a. een behandeling aan de bovenkaak van klaagster heeft uitgevoerd, waarvan hij had moeten weten dat die niet realiseerbaar was;
- b. de privacy van klaagster heeft geschonden;
- c. klaagster na intimidatie en onder dwang een overeenkomst heeft laten tekenen.

### Verweer\*

De overwegingen van het College: *“Tussen partijen staat vast dat het verweerder bekend was dat bij klaagster sprake was van geringe hoogte van het bot in de bovenkaak en dat een eerder door haar geconsulteerde tandarts-implantoloog een botopbouw had geadviseerd alvorens implantaten te plaatsen. Het college constateert dat verweerder – alvorens met de behandeling van patiënte te beginnen – slechts beperkt diagnostisch onderzoek heeft gedaan. Naar verweerder heeft verklaard heeft hij alleen een (visuele) inspectie gedaan en zijn röntgenfoto's gemaakt, wat gegeven de complexe gebitsituatie met geringe hoogte van het bot in de bovenkaak – volgens verweerder een slechte botsituatie – en een (deels) betande onderkaak opmerkelijk is. Een (CB)CT-scan is niet vervaardigd. Hoewel bij klaagster sprake was van een slechte mondhygiëne, heeft verweerder klaagster niet eerst naar een mondhygiënist verwezen, alvorens met zijn behandeling te beginnen. Evenmin zijn er in de stukken aanknopingspunten te vinden dat verweerder klaagster voorafgaand aan de behandeling voldoende heeft geïnformeerd over de daaraan voor haar verbonden specifieke risico's en het te verwachten resultaat daarvan. Pas op de dag van de eerste behandeling, in augustus 2011, is klaagster ter ondertekening een verklaring voorgelegd met daarin de algemene risico's die aan een chirurgische behandeling verbonden zijn. De specifieke risico's voor klaagster ontbreken daarin en ook uit de verklaringen van de ter zitting gehoorde getuigen blijkt niet dat die met klaagster zijn besproken, terwijl klaagster dat ook bestrijdt. Evenmin blijkt uit de verklaring van verweerder ter zitting of uit zijn aantekeningen in het dossier van klaagster, dat en op welke wijze hij de aan de behandeling van patiënte verbonden specifieke risico's heeft beoordeeld en gewogen c.q. besproken. Bovendien ontbreekt een behandelplan. Dat alles acht het college verwijtbaar nu er een combinatie van negatieve factoren was die een behandeling van klaagster complex maakte. Zo was sprake van een geringe hoogte en slechte kwaliteit van het bot in de bovenkaak, een slechte mondhygiëne en een betande onderkaak. Bovendien rookte klaagster twee pakjes sigaretten per dag. Dat alles maakte dat met de door verweerder bedachte*

behandeling, het aanbrengen van korte implantaten ('shorties') in de bovenkaak in redelijkheid niet kon worden begonnen. Weliswaar heeft verweerder een inspannings- en geen resultaatsverplichting, maar dat laat onverlet dat hij niet met een behandeling behoort te beginnen waarvan hij als redelijk handelend en redelijk bekwaam tandarts kan voorzien dat deze tot problemen zal leiden. Dat daarvan sprake is geweest volgt uit het beloop van de behandeling, de loszittende implantaten en een ondeugdelijke constructie in de bovenkaak, alsmede uit de verklaring van H. Anders dan verweerder meent, dient op grond van het vorenstaande te worden geconcludeerd dat verweerder voorafgaand aan en tijdens de bij klaagster uitgevoerde behandeling is tekortgeschoten in de zorg die klaagster van hem mocht verwachten. Klachtonderdeel a. is daarmee gegrond.

Wat de klachtonderdelen onder b. en c. betreft geldt het volgende: door de getuigen is verklaard dat klaagster tegen verweerder heeft gezegd dat haar vriendin de behandeling zou betalen indien de verzekering vergoeding daarvan zou weigeren. Het college acht dan ook aannemelijk dat deze betalingsafpraak is gemaakt. Dat verweerder dit vervolgens met die vriendin heeft besproken toen betaling door klaagster uitbleef, kan klaagster dan ook niet aan hem als schending van haar privacy verwijten, nog daargelaten het feit dat geen medische gegevens van klaagster door verweerder zijn gedeeld. Het college heeft in de stukken geen aanknopingspunten kunnen vinden dat klaagster is geïntimideerd door verweerder. Niet onaannemelijk is dat klaagster de gang van zaken in de praktijk als intimiderend heeft ervaren, maar het college kan zich ook de emotie aan de zijde van verweerder voorstellen doordat klaagster zeer kostbare behandelingen laat uitvoeren die zij niet kan betalen. Dat verweerder daarover zijn onvrede heeft geuit en de betaling daarvan veilig wilde stellen door middel van de ondertekening van de verklaring door klaagster, zou haar dan ook niet moeten verwonderen. Weliswaar waren er problemen met de constructie, maar uit de stukken, waaronder de brief van H., blijkt vooralsnog dat dit alleen de bovenkaak betreft, zodat een deelbetaling van behandelingen die in de onderkaak hebben plaatsgevonden door klaagster in ieder geval aangewezen lijkt. De beide klachtonderdelen zullen dan ook afwezen worden."

Als maatregel acht het Regionale Tuchtcollege een berisping passend. Verweerder ging in beroep. Met onder andere als argumenten dat zijn praktijkvoering inmiddels is verbeterd. Dat onvoldoende rekening is gehouden met zijn blanco tuchtrechtelijke verleden en dat er onvoldoende rekening is gehouden met zijn aanbod de implantaten en constructies kosteloos te laten vervangen na botopbouw. In een tussenbeslissing heeft het tuchtcollege zich bevoegd verklaard omdat verweerder zowel in Nederland als in het buitenland Nederlandse patiënten behandelde. Op de zitting van het Centrale Tuchtcollege voerde verweerder ook aan dat het Regionale Tuchtcollege de klacht had uitgebreid. Deze uitbreiding van gronden werd afgewezen, omdat die pas op de zitting werd gedaan.

\*De tandarts heeft verweer gevoerd, maar dit wordt niet apart weergegeven in de beslissing (noot WB).

### Beslissing van het Centrale Tuchtcollege

Het college verwerpt het beroep en bepaalt dat de beslissing zal worden aangeboden aan verschillende tijdschriften, waaronder het *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*.

Het tuchtcollege betreft dit ook in de overweging. De patiënt zou eerst iets moeten doen aan de mondhygiëne en het roken. Bovendien had verweerder gezien de ongunstige belasting en de dikte van het kaakbot zich ook om deze redenen af moeten afvragen of het zorgdoel wel 'duurzaam' te realiseren was. Feitelijk koos verweerder voor een zorgdoel met een zorgplan dat niet paste bij deze specifieke patiënt. Het tuchtcollege merkt hierover op: "Weliswaar heeft verweerder een inspannings- en geen resultaatsverplichting, maar dat laat onverlet dat hij niet met een behandeling behoort te beginnen waarvan hij als redelijk handelend en redelijk bekwaam tandarts kan voorzien dat deze tot problemen zal leiden."

### Informed consent

Op verschillende plaatsen in het traject van zorgdoel tot specifieke behandelingsovereenkomst is adequate informatievoorziening essentieel. Allereerst bij het vaststellen van het zorgdoel. Gaat men ervan uit dat een patiënt met een bepaalde wens komt, dan zal een tandarts de patiënt in moeten lichten over de vraag of aan de wens kan worden voldaan en zo ja, onder welke voorwaarden. Is er in samen-

spraak, na de afweging van alternatieven en mogelijkheden, een zorgdoel vastgesteld, dan volgt een zorgplan. De inschatting van de haalbaarheid van het zorgdoel en het daarop afgestemde zorgplan moeten worden onderbouwd. Omdat juist in een zorgplan is vastgelegd welke inspanning van een patiënt wordt gevraagd, is ook hier informatie en toestemming essentieel. Aanvullend moet nog voor elk behandelplan toestemming worden gegeven, omdat dit de grondslag vormt van de behandelingsovereenkomst en de uiteindelijke behandeling (Brands et al, 2013a).

*Het blindelings volgen van rijtjes en het tekenen van standaardformulieren is nooit een garantie dat aan een specifieke plicht is voldaan*



Zorgplan: een behandeling als deel van de puzzel... Beeld: Shutterstock.

In deze casus meent de tandarts door invulling van het informed-consentformulier voldoende aandacht te hebben besteed aan zijn informatieverstrekking. Toch vindt het tuchtcollege dit niet voldoende omdat in dit formulier alleen algemene informatie wordt genoemd en de informatie die voor deze specifieke patiënt erg relevant is, ontbreekt. Uit dit gedeelte van de uitspraak is op enkele punten lering te trekken. Allereerst is het blindelings volgen van rijtjes en het tekenen van standaardformulieren nooit een garantie dat aan een specifieke plicht is voldaan. Hoewel het tuchtcollege hier niet dieper op ingaat, kan ook de vraag rijzen of er wel sprake is van informed consent wanneer meteen na het tekenen van een formulier met een ingrijpende behandeling wordt gestart. Er zou ervoor gepleit kunnen worden dat een patiënt bij dergelijke ingrijpende (kostbare) behandelingen voldoende bedenktijd hoort te krijgen. Daarbij hoort verstrekte relevante informatie in het dossier te zijn opgenomen. Bij twijfel kan men om ondertekening van het zorgplan vragen.

### Beschouwing

De wetgeving gaat ervan uit dat een patiënt een behandeling mag vragen die conform de professionele standaard is (Brands et al, 2013b). Daarnaast mag hij een behandeling weigeren, ongeacht of deze volgens de professionele standaard is of niet (Brands et al, 2013c). Het is de vraag in hoeverre dit nog past in de huidige tendens om patiënten steeds meer te zien als regisseurs van hun eigen zorgproces. In deze casus laat het tuchtcollege beide uitersten zien. Enerzijds mag de tandarts geen hulp bieden die niet in overeenstemming is met de professionele standaard. Anderzijds rust op hem een verhoogde informatieplicht als hij wel in strijd met de professionele standaard handelt. Het tuchtcollege laat hier de vraag helaas open wat er zou zijn gebeurd als de tandarts wel uitgebreider had voor-

gelicht. Dient de verzwaarde informatieplicht alleen om uit te leggen waarom een tandarts een behandeling weigert, of wordt door de extra informatie de behandeling wel mogelijk omdat een patiënt als het ware een deel van de verantwoordelijkheid overneemt? En als een patiënt inderdaad als regisseur gaat optreden en een deel van de verantwoordelijkheid overneemt, hoever reikt die zelfregie en die verantwoordelijkheid dan? (Brands, 2006). Mag de behandelend tandarts dan kronen maken op gebitselementen met forse parodontologische problemen? Dit zijn professionele dilemma's over het zelfbeschikkingsrecht waarover de beroepsgroep zich moet uitspreken en die de komende tijd actueler zullen worden naarmate de professionele standaard door richtlijnen nauwer wordt omkaderd (Brands et al, 2015).

### Literatuur

- \* Brands M. Onvoldende bot, commentaar bij uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 10 december 2015. Nederlands Tandartsenblad 2016; nr. 3: 35-37.
- \* Brands WG. De mondige patiënt. Een conflict tussen zelfbeschikkingsrecht en bekeringsplicht. Ned Tijdschr Tandheelk 2006; 113: 56-61.
- \* Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 3. Informed consent Ned Tijdschr Tandheelkd 2013a; 120: 327-332.
- \* Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 1. De zorginhoudelijke professionele standaard. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013b; 120: 212-215.
- \* Brands WG, Ven JM van der, Eijkman MAJ. Tandheelkunde en gezondheidsrecht 2. Meningsverschillen over de zorginhoudelijke professionele standaard. Ned Tijdschr Tandheelkd 2013c; 120: 251-255.
- \* Brands WG, Ven JM van der. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg. Richtlijnen: professionele autonomie en zelfbeschikkingsrecht. Ned Tijdschr Tandheelkd 2015; 122: 331-336.
- \* Broers DLM, Brands WG, Jongh A, Willems D. Patiënten met ongewone extractiewensen 1. Professionele standaard versus autonomie van patiënten. Ned TijdschrTandheelk 2010; 117: 485-488.

### Summary

**Health care plan: a treatment as a piece of a puzzle. Considerations with respect to judgement of the Central Disciplinary Board for Health Care**

*When faced with the question whether a particular treatment is indicated, dentists have to ask themselves to what extent it fits within a health care goal. If it does not, then the indication is usually rejected because it is in conflict with professional standards. Dentists who nevertheless consider such an indication have to bear the responsibility to make clear to the patient not only the general risks of a certain treatment but also the additional risks associated with the hazardous indication.*

### Bron

W.G. Brands

Uit de Tandartsenpraktijk Apeldoornseweg in Vaassen

Datum van acceptatie: 15 februari 2016

Adres: mr. dr. W.G. Brands, Lange Grafte 33, 7321 ZC Apeldoorn

wbrands1@kpnmail.nl