

# uitspraak tuchtcollege

## Hoogste college negeert relevante richtlijnen

Een psychiater wordt door de behandelend geriater gevraagd om de wilsbekwaamheid van een patiënt ten aanzien van zijn euthanasiewens te beoordelen. De conclusie van de psychiater is dat de man wilsonbekwaam is. Een tweede psychiater komt later tot een ander oordeel en uiteindelijk krijgt de patiënt hulp bij zelfdoding van de huisarts.

De nabestaanden beschuldigen de eerste psychiater van een onzorgvuldige beoordeling van hun (schoon)vader. Het regionaal tuchtcollege geeft hen gelijk; de psychiater heeft in het algemeen geoordeeld dat de patiënt wilsonbekwaam was, terwijl hem was gevraagd specifiek te kijken naar de wilsbekwaamheid ten aanzien van het euthanasieverzoek. Omdat ook de verslaglegging en rapportage te wensen overlaten, krijgt hij een berisping.

Het Centraal Tuchtcollege komt tot een geheel ander oordeel. Het tilt niet zo zwaar aan het niet naleven van relevante richtlijnen en de matige kwaliteit van verslaglegging; de klacht wordt alsnog ongegrond verklaard.

Het is ons niet duidelijk waarom het Centraal Tuchtcollege deze uitspraak ter publicatie heeft aangeboden. Een arts die gevraagd wordt om de wilsbekwaamheid ten aanzien van euthanasie te beoordelen, doet er ons inziens verstandig aan zich te houden aan de criteria waar de regionale tuchtrechter aan refereert. Het is opmerkelijk dat het volgens het Centraal Tuchtcollege allemaal niet zo zorgvuldig hoeft.

Hans van Santen, huisarts  
prof. mr. Aart Hendriks

**Centraal Tuchtcollege voor de  
Gezondheidszorg d.d. 7 februari 2013  
(ingekort door redactie MC)**

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.038 van A, psychiater, (...) appellant, verweerder in eerste aanleg (...) tegen C en D, (...), verweerders in hoger beroep, klagers in eerste aanleg (...).

**1. Verloop van de procedure**  
(...)

**2. Beslissing in eerste aanleg**  
(...)

**2. Vaststaande feiten**

2.1 De (schoon)vader van klagers, F, geboren (...) 1920, is vanaf 2005 onder behandeling geweest van de afdeling geriatrie van ggz G. F was verwezen vanwege woordvindstoornissen. In 2006 heeft de behandelend arts van de afdeling geriatrie geconcludeerd dat F leed aan een dementiesyndroom, waarschijnlijk type Alzheimer. (...)

2.2 Verweerder is in maart 2009 door de behandelend arts van de afdeling geriatrie gevraagd om de wilsbekwaamheid

van F ten aanzien van zijn euthanasiewens te beoordelen en om te beoordelen of er sprake was van een depressie.

Verweerder heeft daarom op 31 maart 2009 een huisbezoek afgelegd bij F.

2.3 Verweerder heeft, op basis van zijn onderzoek tijdens het huisbezoek, geoordeeld dat F wilsonbekwaam was. Voorts heeft verweerder geen depressieve kenmerken kunnen vaststellen. Verweerder heeft zijn oordeel gerapporteerd aan de huisarts van F.

2.4 Op 26 augustus 2009 heeft psychiater H een second opinion uitgevoerd betreffende de beoordeling van de wilsbekwaamheid van F in verband met zijn euthanasieverzoek. H heeft F ter zake wilsbekwaam geacht.  
(...)

2.6 Op 10 december 2009 is F door middel van hulp bij zelfdoding, verleend door zijn huisarts, overleden.

**3. De klacht**  
(...)

3.1 Verweerder had niet tot het oordeel mogen komen dat F wilsonbekwaam was (eerste klachtonderdeel). Verweerder

is volgens klagers op ondeskundige en onzorgvuldige wijze tot zijn oordeel gekomen (tweede klachtonderdeel).

(...)

3.2 Verweerder is tekortgeschoten in de bejegening van F. F heeft het gesprek met verweerder als onaangenaam ervaren.

(...)

**4. Het verweer**

4.1 Verweerder betwist dat hij zijn oordeel heeft gebaseerd op onzorgvuldig en ontoereikend onderzoek. (...)

4.2 Verweerder betwist dat hij tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld, indien en voor zover F het gesprek als onaangenaam heeft ervaren. (...)

**6. Beoordeling van de klacht**

(...)

6.2 Bij wilsbekwaamheid gaat het om de vraag of en in hoeverre iemand in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. Daarbij geldt als uitgangspunt dat wilsbekwaamheid wordt voorondersteld, totdat het tegendeel komt vast te staan. Op verzoek van de (toenmalige) minister van Justitie en staatsecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft een werkgroep in 1994 handreikingen geformuleerd bij de beoordeling van voormelde vraag (hierna: de handreiking). De handreiking is in januari 2007 geactualiseerd. De beoordeling van wilsbekwaamheid dient zich volgens de handreiking primair te richten op het besluitvormingsvermogen van de patiënt en niet op de uitkomst van de beslissing van de patiënt, hetgeen impliceert dat het vermogen van de patiënt om de aard en de gevolgen van de beslissing te begrijpen bij de beoordeling centraal zal (moeten) staan en verder dat de bekwaamheid van de patiënt zoveel mogelijk per concrete beslissing dient te worden beoordeeld. Tegen de achtergrond van deze uitgangspunten definieert de handreiking het begrip wilsbekwaamheid aldus, dat de patiënt er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de te nemen beslissing noodzakelijk is. (...)

6.3 Naast de onder 6.2 vermelde handreiking zijn er nog twee relevante richtlij-

nen, opgesteld door de KNMG. (...) Het gaat om het Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid uit 2004 (hierna: het stappenplan) en de Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag uit 2008 (hierna: de Beginselen bij wilsonbekwaamheid).

(...) Het stappenplan vermeldt onder meer dat de patiënt voorbereid dient te worden op de beoordeling van wilsbekwaamheid, dat de beslisvaardigheid van de patiënt geëvalueerd moet worden en dat er overleg dient plaats te vinden met de vertegenwoordiger van de patiënt voor aanvullende informatie over eventuele beperkingen van de beslisvaardigheid en over de relevante context.

In de beginselen bij wilsonbekwaamheid worden enkele vuistregels genoemd bij de beoordeling van wilsbekwaamheid. Zo wordt aangegeven dat de wilsbekwaamheid ter zake moet worden beoordeeld en dat men nooit genoeg mag nemen met het vaststellen van een diagnose als antwoord op de vraag naar wilsbekwaamheid. (...)

#### 6.4 Onderzoek en conclusie

Gelet op de onder 6.2 en 6.3 genoemde richtlijnen is het college van oordeel dat het door verweerder verrichte onderzoek naar de wilsbekwaamheid van F onzorgvuldig is geweest. Uit de bijlagen bij het verweerschrift blijkt dat verweerder op 30 maart 2009, naar aanleiding van een e-mail van de behandelend arts van de afdeling geriatrie, aan zijn secretaresse heeft gevraagd om een afspraak te maken voor een huisbezoek. (...) De huisarts heeft (...) F telefonisch ingelicht over het huisbezoek en F is hiermee akkoord gegaan. F leed echter aan een dementiesyndroom, waardoor het niet onwaarschijnlijk is dat hij de telefonische aankondiging van het huisbezoek en de reden van het bezoek is vergeten. Daarnaast is er niet gezorgd dat de vertegenwoordiger/de familie van F bij het huisbezoek aanwezig was en ook heeft er geen overleg plaatsgevonden met de familie over het desbetreffende bezoek. De voorbereiding van het onderzoek was derhalve onvoldoende, te meer gezien het een onderzoek betrof naar de wilsbekwaamheid ter zake van een beslissing

van zeer ingrijpende aard. Verweerder heeft hierbij aldus onvoldoende regie gevoerd.

Verweerder heeft voorafgaand aan het huisbezoek dossieronderzoek verricht en heeft tijdens het huisbezoek een MMSE bij F afgenomen. Het gesprek met F en de MMSE verliepen moeizaam. Verweerder heeft opgemerkt dat dit kwam doordat dat F geïrriteerd was over het bezoek en vragen niet kon beantwoorden. Het college neemt echter aan dat de gebrekkige voorbereiding van het onderzoek heeft bijgedragen aan het moeizaam verlopen van het gesprek en de MMSE. Verweerder heeft F immers niet thuis aange troffen toen hij bij diens woning was aangekomen, maar heeft hem gevonden in de woonwijk, waarna ze samen naar de woning van F zijn gelopen. Het is waarschijnlijk dat F door het bezoek van verweerder, een voor hem onbekende man, is overvallen (...). Verweerder had hiermee rekening behoren te houden, bijvoorbeeld door het gesprek te onderbreken en op een later tijdstip, mogelijk zelfs op een andere datum, onder betere conditie voort te zetten.

Op basis van het dossieronderzoek, het gesprek en de MMSE heeft verweerder geconcludeerd dat er bij F sprake was van ernstige dementie en dat hij dermate ernstig cognitief gestoord was dat hij niet wilsbekwaam kon worden beschouwd. Uit deze conclusie blijkt niet dat verweerder de wilsbekwaamheid van F ter zake van diens euthanasiewens heeft beoordeeld, terwijl hem, verweerder, juist hierover specifiek om een oordeel was gevraagd. De diagnose dementie betekent niet automatisch dat een patiënt ter zake wilsonbekwaam is. Verweerder had daarom in zijn conclusie niet mogen volstaan met het stellen van de diagnose dementie als antwoord op de vraag naar wilsbekwaamheid.

Verweerder diende een onafhankelijke positie in te nemen bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van F ter zake van zijn euthanasiewens. Om de wilsbekwaamheid ter zake te beoordelen moest verweerder begrippen met betrekking tot euthanasie bij F aan de orde stellen. Ter zitting heeft verweerder verklaard dat hij tijdens het huisbezoek gevraagd heeft of F de wens had om dood te gaan. F heeft hier volgens verweerder

op geantwoord dat hij deze wens nog niet had. Verweerder heeft F vervolgens gevraagd of hij nog plezier had in het leven en deze vraag werd door F bevestigend beantwoord. In het dossier en in de brief aan de huisarts heeft verweerder vermeld dat er tijdens het onderzoek geen euthanasiewens bij F bestond. Het doel van het onderzoek van verweerder was echter niet om de euthanasiewens zelf te beoordelen, maar om te beoordelen of F wilsbekwaam was ter zake van zijn euthanasiewens. Verweerder heeft zijn onafhankelijke rol bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake verward met het beoordelen van de euthanasie-wens. Dat er sprake is geweest van rolverwarring door verweerder blijkt ook uit zijn schriftelijke reactie op de klacht die klagers hebben ingediend bij de klachtencommissie van ggz G. Verweerder vermeldt in deze reactie het volgende: 'Indien ik een patiënt beoordeel i.v.m. een verzoek tot euthanasie en deze patiënt geeft tijdens dit gesprek niet aan een wens tot euthanasie te hebben noch op andere wijze dood te willen dan kan ik onmogelijk dit verzoek ondersteunen.' Verweerder geeft ook in deze reactie zijn oordeel over de euthanasiewens zelf en niet over de wilsbekwaamheid ter zake. Klagers hebben ter onderbouwing van hun klacht nog aangegeven dat het oordeel van verweerder niet overeenkomt met het oordeel van andere betrokken artsen, een verklaring van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de ervaringen van de familie en naasten. Bij de beoordeling van wilsbekwaamheid is het van belang dat de resultaten van andere (neuropsychologische) onderzoeken hierbij worden betrokken. Ook kunnen verpleegkundigen of verzorgenden die dagelijks omgang hebben met de patiënt relevante informatie of inzichten aanreiken. Het feit dat een andere persoon op enig moment een oordeel heeft gegeven dat niet overeenkomt met het oordeel van verweerder, is echter onvoldoende grond om aan te nemen dat het oordeel van verweerder onjuist is geweest of op onzorgvuldige wijze tot stand is gekomen. Deze door klagers aangevoerde grond zal dan ook verder buiten beschouwing worden gelaten (...).

### Verslaglegging

Het college is van oordeel dat de verslaglegging van verweerder in het dossier en de brief aan de huisarts, onder meer gelet op de onder 6.2 genoemde handreiking, tekortschieten. Zowel in de verslaglegging in het dossier als in de brief aan de huisarts ontbreekt een inzichtelijke weergave van de feiten en gronden waarop de conclusie steunt en wordt niet uiteengezet of de gronden de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen. Ook valt niet het uitgangspunt te ontwaren dat wilsbekwaamheid wordt voorondersteld totdat het tegendeel komt vast te staan. Verder wordt de methode van onderzoek, de MMSE, niet beschreven. Tot slot blijkt uit de verslaglegging en de brief aan de huisarts niet welke informatie ter zake van het onderzoek precies aan F is verschaft en op welke wijze F er al dan niet blijk van heeft gegeven de verstrekte informatie te hebben begrepen. (...)

6.5 Zoals onder 6.4 overwogen is de voorbereiding van het huisbezoek aan F onvoldoende geweest (...). Het college acht het dan ook aannemelijk dat F het gesprek met verweerder als onaangenaam heeft ervaren. Verweerder is door zijn optreden tekortgeschoten in de bejegening van F. (...)

6.6. Op grond van het voorgaande is het college van oordeel dat het onderzoek, de verslaglegging en de conclusie van verweerder niet aan de professionele eisen voldoen. (...)

### 7. Slotsom

(...) Het geheel overziende is het college van oordeel dat niet met een waarschuwing kan worden volstaan. In het bijzonder geldt dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld door zonder de familie erbij te betrekken het gesprek aan te gaan met een patiënt met dementie en toen vervolgens bleek dat het gesprek niet goed verliep, daar wel vergaande conclusies aan te verbinden. Ook weegt bij de keuze voor de maatregel mee dat verweerder zijn oordeel onvoldoende aan klagers heeft toegelicht. Ten slotte heeft verweerder er geen blijk van gegeven voortschrijdend inzicht te heb-

ben in het verschil tussen het beoordelen van de wilsbekwaamheid ter zake van een euthanasiewens en het beoordelen van de euthanasiewens zelf. Verweerder dient bij uitstek inzicht te hebben in dit verschil, nu hij als psychiater vaker met de vraag naar wilsbekwaamheid ter zake van een euthanasiewens geconfronteerd kan worden. Het handelen van verweerder is derhalve niet slechts verwijtbaar, maar ook laakbaar. Het college zal een berisping opleggen.'

(...)

### 5. Beoordeling van het hoger beroep

(...)

#### Maatstaf

5.5 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het advies van de psychiater (...) volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege dient te voldoen aan de volgende criteria: 1) het advies zet op een inzichtelijke en consistente wijze uiteen op welke gronden de conclusie van het advies steunt; 2) de in het advies uiteengezette gronden moeten aantoonbaar voldoende steun vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen van het advies; 3) de bedoelde gronden kunnen de daaruit getrokken conclusie rechtvaardigen; 4) het advies beperkt zich tot het deskundigheidsgebied van de hulpverlener; 5) de methode van onderzoek om te komen tot de beantwoording van de voorgelegde vraagstelling kan leiden tot het beoogde doel en de hulpverlener heeft daarbij de grenzen van redelijkheid en billijkheid niet overschreden. (...)

#### Onderzoek

5.6 De psychiater is door de behandelend geriater van patiënt mevrouw I (hierna: I) verzocht te beoordelen of patiënt met betrekking tot zijn euthanasiewens wilsbekwaam is en/of er sprake is van een depressie. Uit de afsprakenlijst ggz G van 31 maart 2009 volgt dat patiënt voorafgaand aan het onderzoek door de huisarts op de hoogte is gesteld van het aankomende huisbezoek van de psychiater voor het doen van onderzoek en dat patiënt daarmee akkoord was.

Ook klagers als contactpersonen van patiënt zijn – zo hebben zij ter zitting erkend – (door de huisarts) van dit huisbezoek op de hoogte gesteld. De psychiater heeft voorafgaand aan zijn huisbezoek overleg gevoerd over patiënt met I en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige J. De psychiater heeft verder het medisch dossier (...) bestudeerd. Het Centraal Tuchtcollege acht aannemelijk, gelet op hetgeen de psychiater daarover ter zitting in hoger beroep heeft verklaard, dat de omstandigheden waaronder het gesprek met patiënt op 31 maart 2009 heeft plaatsgevonden geen negatief effect hebben gehad op het onderzoek van patiënt. Weliswaar was patiënt aanvankelijk (enigszins) ontstemd over het feit dat hij op straat 'door iemand van ggz' was benaderd voor een onderzoek, maar de psychiater heeft ter zitting in hoger beroep verklaard dat hij pas tot zijn onderzoek van patiënt is overgegaan, nadat hij zich ervan had verzekerd dat bij patiënt de herinnering aan het afgesproken huisbezoek was teruggekeerd en ook diens aanvankelijke ergernis was weggeëbd. Het Centraal Tuchtcollege heeft geen reden om aan die verklaring te twijfelen. De vervolgens door de psychiater afgenomen onderzoeken, waaronder de MMSE-test, zijn uitgevoerd conform de professionele normen zoals neergelegd in de Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie 2005 (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie). Voorts is niet gebleken dat het gesprek met patiënt van onprofessioneel korte duur is geweest of dat de psychiater in zijn gesprek met patiënt in de bejegening is tekortgeschoten. De psychiater kan gevolgd worden in zijn standpunt dat hij patiënt heeft uitgevraagd naar eventuele depressieve kenmerken en zijn euthanasiewens, nu hem door I is verzocht de geestvermogens van patiënt te onderzoeken met het oog op het uitsluiten van depressie bij patiënt en de beoordeling van de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van diens euthanasiewens. De psychiater kan niet worden ver-



weten dat patiënt zich later in het gesprek (...) gefrustreerd heeft gevoeld en daardoor geërgerd is geraakt. Dat klagers niet bij het gesprek aanwezig zijn geweest, maakt het onderzoek niet noodzakelijkerwijs onzorgvuldig. Aanknopingspunten dat de psychiater bij zijn onderzoek van patiënt vooringenomen is geweest zijn niet aannemelijk geworden. Evenmin is gebleken dat de psychiater bij zijn advisering buiten de grenzen van zijn deskundigheid is getreden. Het Centraal Tuchtcollege is dan ook van oordeel dat het op 31 maart 2009 bij patiënt uitgevoerde onderzoek de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan en dat de psychiater in redelijkheid tot zijn conclusie van dementie en wilsonbekwaamheid heeft kunnen komen.

#### *Verslaglegging*

5.7 Verweerders verslaglegging in het EPD acht het Centraal Tuchtcollege summier en deze had beter gekund, hetgeen de psychiater ter zitting in hoger beroep ook heeft erkend. De psychiater heeft zijn medisch advies uitgebracht als 'niet bij de behandeling van patiënt betrokken hulpverlener' op verzoek van I in het kader van een second opinion ter onderbouwing van een uiteindelijk door I als verantwoordelijk hulpverlener te nemen beslissing en aan de huisarts uit te brengen rapportage over de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van diens euthanasiewens. Bezien in deze context en gegeven het feit dat de verslaglegging van de psychiater zijn weerklank vindt in de twee (...) reeds in het medisch dossier aanwezige NPO's van patiënt uit 2006 en 2008, kan de summier verslaglegging (...) in het EPD de toets der tuchtrechtelijk kritiek doorstaan.

5.8 Naast verslaglegging in het EPD heeft de psychiater in een brief d.d. 31 maart 2009 getiteld 'voortgangsrapportage' ook de huisarts geïnformeerd over de uitkomst van zijn (deel)onderzoek. Ter zitting in hoger beroep is door de psychiater toegelicht dat hij deze brief aan de huisarts op verzoek van I heeft geschreven teneinde de huisarts (...)

alvast rechtstreeks te informeren over de uitkomst van zijn deel van het onderzoek. Het Centraal Tuchtcollege acht, evenals de psychiater bij nader inzien, het op deze wijze informeren van de huisarts van patiënt ongelukkig, omdat aldus bij klagers de onjuiste indruk is gewekt dat zijn brief de definitieve rapportage over geestvermogens van patiënt betrof, hetgeen (...) aanleiding heeft gegeven tot misverstanden. (...) Van tuchtrechtelijk verwijtbaar tekortschieten is echter naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege geen sprake geweest.

(...)

5.10 Op grond van het voorgaande oordeelt het Centraal Tuchtcollege anders dan het regionaal tuchtcollege dat het door de psychiater verrichte onderzoek en het door hem uitgebrachte advies voldoen aan de hiervoor onder 5.5 vermelde eisen. (...) Ook overigens zijn er onvoldoende aanknopingspunten gevonden op grond waarvan de psychiater een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken. (...)

#### **6. Beslissing**

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep voor zover de klacht gegrond is verklaard; en opnieuw rechtdoende: verklaart de klacht alsnog ongegrond (...).

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter; mr. W.P.C.M. Bruinsma en mr. L.F. Gerretsen-Visser, leden juristen en drs. M. Drost en drs. A.C.L. Allertz, leden beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 7 februari 2013.



De volledige tekst van deze uitspraak staat op [www.medischcontact.nl/uitspraak](http://www.medischcontact.nl/uitspraak).

**Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.**

# veldwerk

## *Verzoek aan de minister*

Als een werknemer door ziekte uitvalt voor zijn werk, moet zijn baas gedurende twee jaar het loon doorbetalen. De zieke werknemer en zijn werkgever zijn samen verantwoordelijk voor de terugkeer naar het werk.

De gemiddelde werkgever in Nederland heeft een klein of middelgroot bedrijf. Hij is te klein om ervaring op te doen met de re-integratie van langdurig zieken. En dus afhankelijk van externe deskundigen, bijvoorbeeld de bedrijfsarts. Na twee jaar oordeelt het UWV of werkgever en werknemer voldoende re-integratie-inspanningen hebben verricht. Dat is niet vrijblijvend. Bij een onvoldoende zit de werkgever nog langer dan twee jaar vast aan de loondoorbetaling: het UWV legt dan een 'loonsanctie' op.

Een van mijn werkgevers werd getroffen door zo'n loonsanctie, volkomen onverwacht. Een dierbare medewerker, verstandelijk beperkt en overvraagd in het werk, was vastgedraaid in pijnklachten, medische consumptie en bewegingsangst. De werkgever heeft al mijn adviezen opgevolgd. Desondanks is het niet gelukt om de medewerker te laten terugkeren naar het werk. Dit heeft te maken met de verstandelijke beperking, maar ook met de behandelende sector die niet kon ophouden met onderzoeken en opereren. Het UWV vond dat de werkgever te soft was geweest.

Hoe oordeelt het UWV? Dat is voortdurend in ontwikkeling en niet altijd inzichtelijk voor de buitenwereld. Anders dan de werkgever en de werknemer over wie het gaat, heeft het UWV de beschikking over een beleidsafdeling die studeert, onderzoekt en protocollen formuleert. Die zijn niet openbaar.

Geachte minister Asscher, wilt u zo vriendelijk zijn om het UWV te verplichten om alle interne informatie die betrekking heeft op de beoordeling van de re-integratie-inspanningen, op internet te zetten? Desnoods met koeienletters op ieder pagina dat 'geen rechten mogen worden ontleend'.

Eveline Knibbeler,  
bedrijfsarts

**/veldwerk**