

cier van justitie niet-ontvankelijk verklaren in het verzoek.

*De rechtbank:*  
verklaart de officier van justitie niet ontvankelijk in het verzoek.

## NOOT

Art. 21 Wet Bopz laat de mogelijkheid open dat niet een psychiater een geneeskundige verklaring opstelt bij het aanvragen van een ibs, maar een andere arts. Het is echter vaste jurisprudentie dat het onderzoek gedaan moet zijn door een 'objective medical expert' behoudens als er sprake is van een noodsituatie.

Als de ibs is afgegeven op grond van een geneeskundige verklaring die is opgesteld door een arts die geen psychiater is, moet de patiënt vervolgens nog onderzocht worden door een niet-behandelend psychiater die de patiënt zelf heeft onderzocht en die een aanvulling op de geneeskundige verklaring opstelt.

In de bovengenoemde uitspraak ging het mis bij de geneeskundige verklaring die ten grondslag ligt aan de last tot inbewaringstelling. Deze geneeskundige verklaring is ondertekend door een arts in opleiding tot specialist. Deze arts is echter voorafgaand betrokken geweest bij de behandeling. Hij is aanwezig geweest bij de zitting van een eerder verzoek tot voortzetting van de machtiging ibs en heeft na de zitting een verhoging van de medicatie voorgeschreven aan betrokkene. De rechtbank is van mening dat het voorschrijven van medicatie – psychofarmaca – in algemene zin te beschouwen is als een vorm van behandeling. De stoornis wordt immers hiermee behandeld. Verder speelt in deze zaak mee dat er niet sprake was van een dermate urgentie dat het onderzoek niet door een andere onafhankelijke arts kon worden uitgevoerd. Terecht wordt de norm van onafhankelijkheid, in het licht van het EVRM, scherp geformuleerd.

Redactie

## 41

### Toetsing aan de tweede tuchtnorm en de gewijzigde Wet BIG

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg  
20 juni 2019, c2018.310,  
ECLI:NL:TGZCTG:2019:171  
(mr. E.J. van Sandick, mr. W.P.C.M. Bruinsma,  
mr. H. de Hek, mr. C. de Graaf, mr. P.J.  
Schimmel)  
Noot Mr. S.M. (Sofie) Steen

### Tuchtrecht. Bestuurder. Tweede tuchtnorm. Wet zorg en dwang.

[Wet BIG art. 47]

*In deze uitspraak staat de tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van een bestuurder van een particuliere zorginstelling centraal. Het Centraal Tuchtcollege volgt niet de stelling van verweerder (een specialist ouderengeneeskunde) dat het door klaagster verweten handelen niet is te beschouwen als handelen dat op grond van de tweede tuchtnorm onder het tuchtrecht valt.*

A., specialist ouderengeneeskunde,  
wonende te B.,  
appellant,  
tevens verweerder in incidenteel beroep,  
verweerder in eerste aanleg,  
gemachtigde: mr. L. Neuschäfer-Greebe, verbonden aan DAS Nederlandse Rechtsbijstand Verzekeringmaatschappij N.V. te Amsterdam,  
tegen  
C.,  
wonende te D.,  
verweester in beroep,  
tevens appellante in incidenteel beroep,  
klaagster in eerste aanleg

### Centraal Tuchtcollege:

#### 1. Verloop van de procedure

C. – hierna klaagster – heeft op 29 november 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A., specialist ouderengeneeskunde – hierna: de arts –

een klacht ingediend. Bij beslissing van 13 juli 2018, onder nummer 319/2017, heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en aan de arts voor het gegrond verklaarde deel de maatregel van berisping opgelegd. De arts is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend en heeft daarin incidenteel beroep ingesteld. De arts heeft hierop gereageerd met een verweerschrift in het incidenteel beroep.

Het Centraal Tuchtcollege heeft van klaagster nog nadere correspondentie ontvangen. De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 9 mei 2019, waar zijn verschenen klaagster en de arts, bijgestaan door mr. Neuschäfer-Greebe voornoemd. De zaak is ter terechtzitting over en weer bepleit. Klaagster heeft dat mede gedaan aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

## 2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd. Hierbij is de arts aangeduid als verweerder.

### “2. DE FEITEN

*Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan. De moeder van klaagster, E. (hierna: cliënte), verbleef van 5 mei 2012 tot 5 december 2012 in een particuliere zorginstelling, ‘zorgresidentie F’ (hierna: F) in G. Daarvoor was zij, in maart 2012, kort opgenomen geweest in deze instelling. Cliënte verkeerde in een vergevorderd stadium van dementie en haar verzorging was zeer intensief. Cliënte is in 2012 overleden.*

*Verweerder, specialist ouderengeneeskunde, was samen met zijn echtgenote eigenaar en directeur van F. Verweerder was daarnaast als bestuurder verbonden aan Stichting H. De zorg in F. werd aangeboden door Stichting H. Klaagster had voor cliënte een zorgovereenkomst getekend met Stichting H. welke contractueel onlosmakelijk was verbonden met de service- en woonovereenkomst met F.*

*F. presenteerde zich onder meer als volgt: “deskundige, luxe verzorging waarbij uw levensgeluk voorop staat! Uw specifieke zorgvraag is ons vertrekpunt waaromheen de zorgverlening georganiseerd wordt. Inzet van voldoende deskundig, professioneel en gekwalificeerd zorgpersoneel is hierbij essentieel. Het team van bestaat uit een*

*specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, verzorgenden, activiteitenbegeleiders en huishoudelijke medewerkers. Ook zijn er dagelijks vrijwilligers aanwezig. Verder treft u op werkdagen de locatiemanager aan, verantwoordelijk voor het coördineren van de persoonlijke zorg en dienstverlening binnen F. Regelmatig zullen er speciale contactmomenten worden georganiseerd (zorgleefplanbesprekingen) om samen met u en uw familie uw zorgsituatie te bespreken. Zo kan uw zorgbehoefte zo optimaal mogelijk worden afgestemd. Met vriendelijke groet,*

*I. (directie & verpleegkundige)*

*A. (directie & specialist ouderengeneeskunde)”*

*In de media werd F. neergezet als een voorziening waar ‘deskundige verenzorg werd verleend aan demente bejaarden met een verpleeghuisindicatie’. De rol van verweerder kwam in verschillende artikelen als volgt naar voren: “[RTG: verweerder] is op de achtergrond aanwezig voor advies.” En: “Surplus is de expertise van [RTG:verweerder], specialist ouderengeneeskunde. Zijn deskundigheid en expertise zal worden ingezet om de bewoners de juiste aanvullende medische behandeling te verlenen.”*

*In het zorgleefplan van cliënte, d.d. 25 mei 2012, werden de namen van verweerder en zijn echtgenote als ‘kernteam’, arts en afdelingscoördinator, genoemd. Op 4 juni 2012 stuurde specialist ouderengeneeskunde J. een e-mailbericht aan klaagster met de volgende inhoud: “Wat verdrietig te lezen dat uw moeder definitief opgenomen is, maar ik kan me geheel vinden in het besluit hiertoe. [RTG: Verweerder] is de specialist ouderengeneeskunde die direct aan F. verbonden is. Hij is voortaan medisch eindverantwoordelijk voor uw moeder. Toevallig werkt hij ook deels voor K. Ik heb deze mail naar hem geccct zodat hij gebruik kan maken van het door ons opgebouwde dossier. Ik zal tevens een afsluitende brief laten uitgaan naar de huisarts. [...]” Dezelfde dag reageerde verweerder hierop per e-mail aan J. en klaagster:*

*“Even voor de duidelijkheid. Ik ben niet als handelaar aan F. verbonden. De medische eindverantwoordelijkheid ligt bij dr. L., huisarts te G.” Cliënte kreeg tijdens haar opname in F. verschillende keren haar medicatie door voedsel toegediend. In de rapportage noteerde begeleider M. op 10 mei 2012 het volgende: “Mw heeft haar dipiperon in het toetje gekregen om 19.00 uur.” Op 14 mei 2012 noteerde M.: “Mw heeft haar dipiperon op een*

zout koekje gehad, heeft magnesiumpil ook ingenomen.”

*Op 19 mei 2012 werd door begeleider N. het volgende genoteerd: “Medicatie-inname gaat door medicatie in een aardbei te doen.”*

*Begeleider O. noteerde op 27 mei 2012 in de rapportage: “Mevrouw was in de voornacht nog behoorlijk onrustig, ze kreeg tegen 2.00 uur een halve diazepam in een aardbei, zo wilde ze hem wel innemen.” Op 2 juni 2012 noteerde O.: “Mevrouw kreeg ½ diazepam met een aardbei en ze heeft daarop goed geslapen.”*

*Op 28 juli 2012 is cliënte 's nachts gevallen. Begeleider O. vermeldde in haar rapportage: “Mevrouw was om 23.00, 0.00, 1:30 uur en 3.00 uur op de grond. Om 03.00 uur vond ik mevrouw kermend van de pijn. Zij gaf pijn aan aan haar rechter pols en ze had een schaafwond aan haar rechter elleboog. De huisartsenpost werd gebeld, ze kwamen niet in eerste instantie, ik moest maar paracetamol proberen. Ik heb het geprobeerd maar dat lukte niet. Om half vijf heb ik C. gebeld en zij stond niet te trappelen om te komen. Ze liet haar schoonzusje bellen en die deed er nog een schepje op. Ik heb ze toen voor het blok gezet, zoals ze dat zelf noemde en ze kwamen eraan. Tegen 6.15 uur waren ze er. Ondertussen heb ik weer de huisartsenpost gebeld of mevrouw toch iets voor de pijn kon hebben want aankleden zou dan toch ook niet lukken. tegen de tijd dat de arts er was, hadden de dames haar al aangekleed en zijn tegen 7.00 uur richting ziekenhuis vertrokken. Med kaart is mee.”*

*In oktober 2012 ontving de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ, thans Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd i.o.) signalen over mogelijke structurele tekortkomingen in de zorgverlening, onder andere van Vakbond AbvaKabo. De IGZ heeft op 19 oktober 2012 een onaangekondigd toezichtbezoek gebracht aan F. In november 2012 heeft klagster een klacht ingediend bij de IGZ.*

*Naar aanleiding van het onaangekondigde bezoek in oktober 2012 heeft de inspectie een rapport opgesteld waarin het volgende werd genoteerd over het zorg(behandel)/leefplan: “Het zorgleefplan is opgesteld aan de hand van de vier levensdomeinen (normmodel Actiz). Uit de gesprekken maakte de inspectie op dat het zorgleefplan wordt opgesteld door de directie van F. in samenspraak met de familie van de cliënt.[...] Het zorgleefplan wordt tweemaal per jaar geëvalueerd in het MDO (multidisciplinair overleg). Bij het MDO is de directie*

*aanwezig en de familie van de cliënt. Eén directielid is aanwezig als eindverantwoordelijke voor de zorgverlening aan de cliënt, het tweede directielid is als specialist ouderengeneeskunde bij de evaluatie aanwezig.” De IGZ heeft F. opdracht gegeven verschillende maatregelen te treffen. Op 14 februari 2013 heeft de IGZ een vervolgonderzoek uitgevoerd en een aantal hoge risico's gesignaleerd voor de zorginhoudelijke veiligheid waaronder de professionele kwaliteit van de medewerkers. De IGZ vermeldde in haar onderzoeksrapport onder meer het volgende: “Zorginhoudelijke veiligheid. De inspectie scoort nu op alle onderwerpen van dit thema een hoog risico. Ondanks de gedrevenheid van de medewerkers kan de cliënt in F. op het gebied van zorginhoudelijke veiligheid nog niet voldoende rekenen op adequate gezondheidsbescherming en -bevordering. [...] Aangegeven is dat de medewerkers zelf het kennisniveau op peil houden door het lezen van vakliteratuur. Structurele scholing op onderwerpen over zorginhoudelijke veiligheid vindt (nog) niet plaats. Eind 2012 hebben alle medewerkers scholing gevolgd over dementie en het professioneel omgaan met probleemgedrag. Uit de gesprekken maakt de inspectie op dat de medewerkers wekelijks geconfronteerd worden met probleemgedrag van cliënten, waar ze niet mee om weten te gaan. In deze situaties kunnen zij terecht bij de zorgmanager.”*

*Op 28 februari 2014 is F. overgenomen door een nieuwe organisatie 'P'. De IGZ heeft met deze organisatie verdere afspraken gemaakt om de gesignaleerde risico's terug te brengen.*

### **3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT**

*Klaagster verwijt verweerder – zakelijk weergegeven – dat hij als mede-eindverantwoordelijke voor de zorg voor cliënte:*

- 1. zich niet heeft gehouden aan de medicatieveiligheid;*
- 2. zijn titel specialist ouderengeneeskunde heeft misbruikt;*
- 3. zonder toestemming het zorgdossier van cliënte aan de IGZ heeft verstrekt;*
- 4. geen maatregelen heeft getroffen tegen ouderemishandeling en geen melding hierover heeft gedaan aan de IGZ;*
- 5. gebruik heeft gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen zonder aanwezigheid van een BOPZ titel;*
- 6. niet heeft gezorgd voor een back-up bij afwezigheid van de directie;*

7. cliënte juiste zorg heeft onthouden.

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert – zakelijk weergegeven – aan dat F. een particuliere woonzorgvoorziening was en er geen sprake was van handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Verweerder was als bestuurder van de VOF F. niet onderworpen aan het tuchtrecht en klaagster dient dan ook niet ontvankelijk te worden verklaard in haar klacht. Verweerder was bestuurder van Stichting H. In die hoedanigheid was hij echter geen behandelaar van cliënte. Hij had geen betrokkenheid bij de behandeling van klaagster en voor zover de klachten van klaagster zich richten op de medische behandeling moet klaagster niet ontvankelijk worden verklaard. Voor de overige klachten moet geoordeeld worden of verweerder als bestuurder tuchtrechtelijk aansprakelijk is gelet op het bepaalde in artikel 47 lid 1 sub b Wet BIG. Verweerder voert aan dat hem tuchtrechtelijk geen verwijt valt te maken.

Hij is nooit (mede)behandelaar geweest van cliënte en heeft zich altijd laten voorlichten door de behandelend huisarts. Hij heeft geen medisch dossier bijgehouden en nooit medicatie voorgeschreven of gewijzigd. Als mede-eigenaar van F. heeft hij altijd visitekaartjes gehad waarop zijn beroep specialist ouderengeneeskunde stond vermeld. Hij werkte echter alleen als zodanig voor K. De IGZ heeft zorgvuldig onderzoek gedaan naar de medicatieveiligheid binnen F. Er waren geen aanwijzingen dat de medicatieveiligheid tekort schoot. De IGZ was bevoegd het zorgdossier van cliënte op te vragen. De beroepshouding van een medewerker was aanleiding om hem op non-actief te zetten. Van ouderemishandeling is geen sprake geweest. F. maakte gebruik van domotica voorzieningen. Er werden geen vrijheidsbeperkende maatregelen ingezet. Binnen een kwartier was de directie aanwezig in geval van calamiteiten. Cliënte is geen zorg onthouden hetgeen gebleken is uit de inspectierapporten.

#### 5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1 Allereerst dient te worden beoordeeld of klaagster in haar klacht kan worden ontvangen. Verweerder is als arts en specialist ouderengeneeskunde geregistreerd in het BIG-register en in die hoedanigheid onderworpen aan het tuchtrecht. De tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47, eerste lid, onder a en b Wet BIG betreffen niet alleen handelen of nalaten in strijd met de zorg die een beroepsbeoefenaar behoort te betrachten ten opzichte van de patient en diens naaste betrekkingen (de eerste tuchtnorm), maar ook ander handelen of

nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg (de tweede tuchtnorm). Verweerder heeft verklaard dat hij zelf geen zorg verleende aan cliënte. Het college dient de vraag te beantwoorden of hetgeen klaagster verweerder verwijt, onder de tweede tuchtnorm valt en, zo ja, of verweerder in strijd met die norm heeft gehandeld.

Op grond van de tweede tuchtnorm kan handelen in een bestuurlijke of leidinggevende functie tuchtrechtelijk worden getoetst. Voor de ontvankelijkheid moet de gedraging voldoende weerslag hebben op het belang van de individuele gezondheidszorg én tevens in de hoedanigheid van geregistreerde – naast in de hoedanigheid van bestuurder/leidinggevende – hebben plaatsgevonden. Daarvan kan sprake zijn indien een BIG-geregistreerde zich bij zijn optreden als bestuurder tevens heeft begeven op het terrein waarop hij de deskundigheid bezit waarvoor hij is ingeschreven in het BIG-register. De verwijten van klaagster zien op handelen van verweerder als directeur en (feitelijk) bestuurder van F. Naar het oordeel van het college is klaagster ontvankelijk in haar klacht daar het handelen van verweerder voldoende weerslag heeft op de individuele gezondheidszorg. Dat F. een particuliere woonzorgvoorziening zou zijn waar geen handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg zouden worden verricht treft geen doel. Verweerder heeft als specialist ouderengeneeskunde én bestuurder een woonzorgvoorziening opgericht voor de verzorging van een zeer kwetsbare doelgroep. Hij heeft zich in de presentatie van de woonvoorziening geafficheerd als de specialist ouderengeneeskunde en zo de indruk en het vertrouwen gewekt, dat hij mede zorgverantwoordelijk was voor cliënte. Uit de rapportage van de Inspectie blijkt dat verweerder (mede) verantwoordelijk was voor de opstelling van de zorgleefplannen. Aan die verantwoordelijkheid kan hij zich niet nu, door een beroep op niet-ontvankelijkheid, onttrekken. De verwijten van klaagster betreffen gedragingen die in het algemeen ook op het terrein liggen waarop verweerder de deskundigheid bezit waarvoor hij (als arts) in het BIG-register als bedoeld in artikel 3 Wet BIG is ingeschreven.

5.2 Het college gaat nu over tot de inhoudelijke beoordeling van de klacht. Daarbij stelt het college voorop dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar

bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.3 Het college ziet aanleiding om de klachtonderdelen die direct betrekking hebben op de zorgverlening in F. gezamenlijk te bespreken. Het college gaat hierbij in op de klachtonderdelen 1, 4, 5, 6 en 7.

Op vragen van het college hoe de zorg voor de cliënten en personeelsbeleid in F. geregeld was, verklaarde verweerder dat hij zich voornamelijk bezighield met het financiële beleid. Zijn echtgenote was verpleegkundige en als manager verantwoordelijk voor de cliëntenzorg en het daarbij behorende personeelsbeleid. Zij had de praktische leiding binnen F. Verweerder had hiermee geen bemoeienis; hij had hooguit een adviserende rol. De huisarts had de regierol en kon gebruik maken van een lokale specialist ouderengeneeskunde. Verweerder heeft ter zitting niet duidelijk kunnen maken wie destijds de lokale specialist ouderengeneeskunde was.

Het college kan verweerder niet volgen in zijn verklaring. Naar het oordeel van het college werd verweerder uit hoofde van zijn deskundigheid als specialist ouderengeneeskunde geacht op de hoogte te zijn van de te stellen (rand)voorwaarden die noodzakelijk waren voor het verlenen van verantwoorde zorg in F. Niet gebleken is dat verweerder deze voorwaarden heeft gesteld dan wel erop heeft toegezien dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg in F. voldoende was geborgd. Verweerder had zich hiervan niet mogen distantiëren door deze verantwoordelijkheid volledig bij zijn echtgenote neer te leggen. Voor wat betreft de medicatieveiligheid stelde verweerder dat hij er niet van op de hoogte was dat verschillende (soms ongeschoolde) medewerkers medicatie door de voeding van cliënte gaven zonder dat dit was afgestemd met klagster. Het college acht dit laakbaar. Op grond van de destijds geldende Kwaliteitwet zorginstellingen was verweerder verplicht de zorgverlening dusdanig te (doen) organiseren (inclusief de kwaliteit van het personeel) dat dit leidde tot verantwoorde zorg. F. was niet aangemerkt als een BOPZ instelling en vrijheidsberkende middelen en maatregelen mochten in dat kader niet worden toegepast, wat feitelijk wel is gebeurd bijvoorbeeld met het afsluiten van deuren. Niet gebleken is dat er beleid was gemaakt op welke wijze omgegaan moest worden met de kwetsbare doelgroep en de daarbij horende problematiek. Bo-

vendien was er onvoldoende gekwalificeerd personeel aanwezig hetgeen steun vindt in het inspectierapport. Het had op de weg van verweerder gelegen om hier vanuit zijn rol als bestuurder op toe te zien. Verweerder heeft ter zitting niet duidelijk kunnen maken welke opnamecriteria er golden voor het wel of niet aannemen van cliënten in F. en hoe de clientveiligheid werd geborgd. De directie was niet altijd aanwezig of bereikbaar hetgeen door klagster is gestaafd met enkele voorbeelden. Dat er sprake is geweest van ouderen mishandeling heeft het college niet kunnen vaststellen en in zoverre is het vierde klachtonderdeel ongegrond. Op grond van hetgeen hiervoor is overwogen verklaart het college klachtonderdelen 1, 5, 6 en 7 gegrond.

5.4 Klagster verwijt verweerder in het tweede klachtonderdeel dat hij zijn titel 'specialist ouderengeneeskunde' misbruikt heeft. Het college is van oordeel dat de rol van verweerder op zijn minst verwarring heeft gegeven. In de media en het presentatiemateriaal van F. werd een verschillend beeld geschetst over de rol van verweerder als specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast werd verweerder in het zorgleefplan van cliënte genoemd als zijnde lid van het kernteam. Volgens het inspectierapport en ter zitting door verweerder bevestigd, was hij als specialist ouderengeneeskunde soms bij een multidisciplinair overleg aanwezig. Dat de rol van verweerder niet duidelijk was blijkt ook uit de inhoud van het e-mailbericht van specialist ouderengeneeskunde J. na opname van cliënte in F. Hoewel het naar het oordeel van het college te vervoert om van titelmisbruik te spreken had verweerder wel eerder duidelijkheid moeten scheppen over zijn rol binnen F. Het college verklaart het tweede klachtonderdeel ongegrond.

5.5 Het derde klachtonderdeel betreft het zonder toestemming verstrekken van het zorgdossier van cliënte aan de IGZ. Het college is van oordeel dat de IGZ een wettelijke bevoegdheid heeft om zonder toestemming cliëntendossiers in te zien voor zover dat voor de invulling van haar taak noodzakelijk is. Dat verweerder hierin een tuchtrechtelijk verwijt te maken valt is naar het oordeel van het college niet gebleken. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

5.6 Nu de klacht grotendeels gegrond is dient het college te beslissen over de aan verweerder op te leggen maatregel. Over de hoogte van die maatregel overweegt het college het volgende. Het college rekent het verweerder zwaar aan dat hij, ondanks de kennis die hij als specialist ouderengeneeskunde over de betreffende cliëntengroep had, zich onttrok-



ken heeft van zijn verantwoordelijkheid om als bestuurder de voorwaarden te scheppen die noodzakelijk waren voor het verlenen van verantwoorde zorg. Verweerder had zichzelf ervan dienen te vergewissen dat er verantwoorde zorg binnen F. geleverd kon worden, hetgeen hij nagelaten heeft. Daarnaast rekent het college verweerder aan dat hij geen zelfinzicht heeft getoond en zijn verantwoordelijkheid volledig heeft afgeschoven op zijn echtgenote. Alles bij elkaar genomen acht het college de maatregel van berisping passend.”

### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

### 4. Beoordeling van het beroep

4.1 De oorspronkelijke klacht bestond uit zeven onderdelen. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de onderdelen 1, 5, 6 en 7 gegrond verklaard en aan de arts ter zake de maatregel van berisping opgelegd. Het principaal beroep van de arts strekt er primair toe klagster in haar klacht niet-ontvankelijk te verklaren. Subsidiair richt het beroep van de arts zich tegen de gegrondverklaring van de genoemde onderdelen. De arts concludeert tot gegrondverklaring van het beroep en tot het niet-ontvankelijk verklaren van klagster in haar klacht dan wel tot afwijzing van de klacht dan wel tot het opleggen van een lichtere maatregel. Klager heeft hiertegen verweer gevoerd met conclusie het beroep te verwerpen.

4.2 In het incidenteel beroep is klager opgekomen tegen de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen 2, 3 en 4. Het incidenteel beroep strekt ertoe dat deze klachtonderdelen alsnog gegrond worden verklaard en dat de in eerste aanleg opgelegde maatregel gehandhaafd blijft dan wel dat aan de arts een zwaardere maatregel wordt opgelegd. De arts heeft in het incidenteel beroep verweer gevoerd met conclusie dit beroep te verwerpen.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege oordeelt als volgt.

#### *In het principaal en het incidenteel beroep*

4.4 Het Centraal Tuchtcollege volgt niet de stelling van de arts dat het door klager verweten handelen niet is te beschouwen als handelen dat op grond van de tweede tuchtnorm onder het tuchtrecht valt (artikel 47 lid 1 sub b van de Wet

BIG: enig ander handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg). F. presenteerde zich als een woonvoorziening waarbij in de voor ouderen benodigde zorgverlening kon worden voorzien door een team waarvan een specialist ouderengeneeskunde deel uitmaakte. Ter terechtzitting in beroep heeft de arts erkend dat met deze aanduiding naar hem werd verwezen. Gelet op deze aanduiding, die een sterke aanwijzing vormt voor de verantwoordelijkheid van de arts als specialist ouderengeneeskunde, in combinatie met wat verder over het handelen van de arts is gebleken (zoals zijn aanwezigheid als specialist ouderengeneeskunde bij de evaluatie van de zorgleefplannen tijdens het MDO, aangehaald in het naar aanleiding van het bezoek van IGZ op 19 oktober 2012 opgestelde rapport van november 2012) heeft de arts de stelling van klager dat het handelen van de arts valt onder handelen dat getoetst kan worden aan de tweede tuchtnorm, onvoldoende weersproken. Klager is door het Regionaal Tuchtcollege terecht in haar klacht ontvangen.

#### *In het principaal beroep*

4.5 De klachtonderdelen 1, 4, 5, 6 en 7 hebben direct betrekking op de zorgverlening en zijn door het Regionaal Tuchtcollege gezamenlijk behandeld. Wat betreft de klachtonderdelen betreffende medicatieveiligheid (1), de inzet van vrijheidsbepalende maatregelen zonder BOPZ-titel (5) en het ontbreken van back-up bij afwezigheid van de directie (6) komt het Centraal Tuchtcollege op grond van de stukken en hetgeen over en weer door partijen ter terechtzitting in beroep nog naar voren is gebracht tot hetzelfde oordeel als het Regionaal Tuchtcollege. Het Centraal Tuchtcollege sluit zich aan bij wat hierover door het college in eerste aanleg onder 5.3 is overwogen.

4.6 In aanvulling hierop zoekt het Centraal Tuchtcollege ten aanzien van het meer overkoepelende zevende klachtonderdeel, inhoudende dat aan de moeder van klager (hierna: cliënte) (op onderdelen) de juiste zorg is onthouden, aansluiting bij de in voornoemd rapport van IGZ van november 2012 opgenomen bevindingen en de naar aanleiding daarvan door IGZ verlangde en door F. te nemen maatregelen. Voor de beoordeling van het zevende klachtonderdeel zijn met name relevant de door IGZ verlangde maatregelen die betrekking hebben op de scholing van medewerkers in de professionele omgang met gedragsproblemen

en op de medicatieverstrekking conform de geldende richtlijnen.

In het geval van cliënte was sprake van ernstige gedragsproblemen en de medicatie werd door de zorgverleners (bijvoorbeeld) verstoep in een aardbei toegediend. Het Centraal Tuchtcollege acht het om die reden voldoende aannemelijk dat de door IGZ geconstateerde lacunes in de scholing van de medewerkers er in het geval van cliënte toe hebben geleid dat haar, in ieder geval op de genoemde onderdelen, de juiste zorg is onthouden. Ook het zevende klachtonderdeel is daarmee door het Regionaal Tuchtcollege terecht gegrond bevonden.

*In het incidenteel beroep*

4.7 Met betrekking tot de overige klachtonderdelen volgt het Centraal Tuchtcollege het Regionaal Tuchtcollege in het oordeel dat niet vastgesteld kan worden dat sprake is geweest van ouderemishandeling (klachtonderdeel 4) en dat de arts geen verwijt kan worden gemaakt van het zonder toestemming aan IGZ verstrekken van het zorgdossier van cliënte (klachtonderdeel 3), nu IGZ een wettelijke bevoegdheid tot die inzage heeft. Ten slotte oordeelt ook het Centraal Tuchtcollege dat de arts er goed aan had gedaan eerder voldoende duidelijkheid te scheppen over zijn rol binnen F, maar dat van titelmisbruik (klachtonderdeel 2) geen sprake was.

*Conclusie*

4.8 De slotsom van een en ander is dat zowel het principaal als het incidenteel beroep moet worden verworpen. Wat betreft de op te leggen maatregel oordeelt het Centraal Tuchtcollege dat de arts er als bestuurder verantwoordelijk voor was dat er binnen F. verantwoorde zorg aan een kwetsbare cliëntengroep werd geleverd. Deze zorg was op een aantal punten onder de maat en dit valt de arts persoonlijk tuchtrechtelijk te verwijten. Net als het college in eerste aanleg acht ook het Centraal Tuchtcollege daarom de maatregel van berisping passend en geboden.

4.9 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

### 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg: in het principaal en het incidenteel beroep: – verwerpt het beroep; – bepaalt dat de maatregel van berisping gehandhaafd blijft;

– bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact en het Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde met het verzoek tot plaatsing.

### NOOT

#### 1. Tuchtrecht en bestuurders

Het is niet voor het eerst dat een tuchtrechtelijk aangesproken beroepsbeoefenaar het verweer voert als bestuurder niet onderworpen te zijn aan het tuchtrecht of in die hoedanigheid geen betrokkenheid te hebben gehad bij de betreffende behandeling. Sinds een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege<sup>1</sup> (hierna: CTG) in 2011 is het echter vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie dat BIG-geregistreerden ook voor hun handelen in een bestuurlijke of leidinggevende functie tuchtrechtelijk aansprakelijk *kunnen* zijn. Volgens het CTG betreffen de tuchtnormen zoals neergelegd in art. 47 lid 1 Wet BIG namelijk niet alleen handelen of nalaten in strijd met de zorg die men als beroepsbeoefenaar behoort te betrachten (de eerste tuchtnorm), maar ook enig handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg (de tweede tuchtnorm).<sup>2</sup> Hieruit volgt volgens het CTG onmiskenbaar dat het de bedoeling van de wetgever is dat ook dit laatste handelen tot een tuchtrechtelijke veroordeling kan leiden.<sup>3</sup> Het betreffende handelen moet dan wel *voldoende weerslag* hebben gehad op het belang van de individuele gezondheidszorg (het 'weerslagcriterium').<sup>4</sup> Verder blijkt uit de tuchtrechtelijke juris-

1 Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg 19 april 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1057.

2 Met ingang van 1 april 2019 is de Wet BIG gewijzigd, waardoor de tweede tuchtnorm nu luidt: 'enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt.' Zie ook onder 4.

3 Idem.

4 Het Centraal Tuchtcollege verwijst naar: *Kamerstukken II 1985/86, 19522, nr. 3, p. 74-76; Kamerstukken II 1987/88, 19522 nr. 7, p. 97-98.*

prudentie op dit onderwerp dat de gedragingen van de aangesproken bestuurder of leidinggevende *in de hoedanigheid* van BIG-geregistreerde moeten hebben plaatsgevonden.<sup>5</sup> Daarvan is sprake als een BIG-geregistreerde zich bij zijn optreden als bestuurder tevens heeft begeven op het terrein waarop hij de deskundigheid bezit waarvoor hij is ingeschreven in het BIG-register.<sup>6</sup> Ten slotte moet – zo volgt ook uit tuchtrechtelijke jurisprudentie – bij toepassing van het tuchtrecht op handelen in bestuurlijke of leidinggevende functies enige terughoudendheid worden betracht, omdat voorkomen moet worden dat de betrokkene tuchtrechtelijk aansprakelijk wordt gehouden voor keuzes in de bedrijfsvoering waarvoor hem in zijn managementfunctie in beginsel beleidsvrijheid toekomt.<sup>7</sup>

### 2. De beoordeling door het Regionaal Tuchtcollege

Omdat de verwijten van klagster in de voorliggende kwestie zagen op het handelen van verweerder als directeur en feitelijk bestuurder van de zorginstelling, toetste het Regionaal Tuchtcollege (hierna: RTG) eerst aan de tweede tuchtnorm. Het RTG oordeelde dat het handelen van verweerder *voldoende weerslag* had op de individuele gezondheidszorg. Het door verweerder gevoerde verweer dat de zorginstelling een particuliere zorginstelling was waar geen handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg werden verricht, wees het RTG van de hand. Het RTG merkte daarbij op dat verweerder de woonvoorziening *als specialist ouderengeneeskunde én bestuurder* voor een zeer kwetsbare doelgroep had opgericht. Door zich in de presentatie van de woonvoorziening als *de specialist ouderengeneeskunde* te afficheren, heeft ver-

weerder – aldus het RTG – de indruk en het vertrouwen gewekt dat hij mede verantwoordelijk was voor patiënten. Bovendien bleek uit een rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg<sup>8</sup> dat verweerder (mede) verantwoordelijk was voor het opstellen van de zorgleefplannen en constateerde het RTG dat de verwijten van klagster gedragingen betroffen die in het algemeen ook op het terrein liggen waarvoor verweerder de deskundigheid bezit waarvoor hij (als arts) in het BIG-register is ingeschreven. Het RTG oordeelde dat klagster ontvankelijk was in haar klacht.

Vervolgens ging het RTG over tot inhoudelijke beoordeling van de klachten van klagster. Het RTG overwoog daarbij onder meer dat verweerder uit hoofde van zijn deskundigheid als specialist ouderengeneeskunde geacht werd op de hoogte te zijn van de te stellen (rand)voorwaarden voor het verlenen van verantwoorde zorg. Volgens het RTG was niet gebleken dat verweerder deze voorwaarden gesteld had of erop had toegezien dat de kwaliteit en veiligheid van de zorg binnen de zorginstelling voldoende was geborgd. Ook had het volgens het RTG vanuit zijn rol als bestuurder op de weg van verweerder gelegen om toe te zien op de inzet van voldoende gekwalificeerd personeel en rekende het RTG het verweerder aan dat hij niet duidelijk kon maken hoe de cliëntveiligheid werd geborgd. Ook het verwijt van klagster dat zonder Bopz-aanmerking vrijheidsbeperkende maatregelen waren toegepast (bijvoorbeeld door deuren af te sluiten) verklaarde het RTG gegrond. Het RTG rekende een en ander verweerder zwaar aan, juist vanuit zijn verantwoordelijkheid als bestuurder, en achtte de maatregel van berisping passend.

### 3. De beoordeling door het CTG

Ook het Centraal Tuchtcollege volgde het ontvankelijkheidsverweer van verweerder niet. Volgens het CTG presenteerde de zorginstelling zich als een woonvoorziening waar in de voor ouderen benodigde zorgverlening kon worden voorzien door een team waarvan een specialist ouderengeneeskunde deel uitmaakte. Juist deze presentatie vormde volgens het CTG een sterke aanwij-

5 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 9 april 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:120/121/122.

6 Regionaal Tuchtcollege Zwolle 13 juli 2018, ECLI:NL:TGZRZWO:2018:136; Centraal Tuchtcollege voor de gezondheidszorg 26 juni 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2170. Zie ook RTG Zwolle 19 januari 2012, ECLI:NL:TGZRZWO:2012:YG1714 en CTG 23 juni 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1354 en *Kamerstukken II* 1985/86, 19522, nr. 3, p. 74.

7 Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 19 april 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1057 en uitdrukkelijk Regionaal Tuchtcollege Zwolle 31 oktober 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:169.

8 Inmiddels zijn de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdzorg samengevoegd tot de Inspectie gezondheidszorg en jeugd (IGJ).



zing voor de verantwoordelijkheid van verweerder als specialist ouderengeneeskunde. Daarbij woog het CTG ook mee dat verweerder bijvoorbeeld in de hoedanigheid van specialist ouderengeneeskunde aanwezig was bij het halfjaarlijks multidisciplinair evalueren van de individuele zorgleefplannen van cliënten. Een en ander in samenhang bezien maakte volgens het CTG dat verweerder onvoldoende had aangevoerd om 'buiten' de tweede tuchtnorm te vallen, zodat ook het CTG overging tot inhoudelijke behandeling van de klacht van klaagster. Wat betreft de inhoudelijke beoordeling sloot het CTG zich grotendeels aan bij hetgeen eerder door het RTG was overwogen.<sup>9</sup> Daarnaast zocht het CTG in aanvulling daarop ook aansluiting bij de meer algemene constatering in de rapportages die naar aanleiding van bezoeken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg waren opgesteld. Het CTG achtte het aannemelijk dat de door de Inspectie geconstateerde en in de rapporten beschreven lacunes in de scholing van de medewerkers er ook in het individuele geval van cliënte toe hadden geleid dat haar op bepaalde onderdelen de juiste zorg was onthouden. Het CTG verwierp zowel het principale als het incidentele beroep en liet de opgelegde maatregel in stand.

#### 4. Wijziging Wet BIG

In de voorliggende uitspraak toetsten beide tuchtcolleges nog aan de 'oude' tweede tuchtnorm. Op 1 april 2019 is echter een wijziging van de Wet BIG in werking getreden, waarmee onder andere deze tuchtnorm is aangepast.<sup>10</sup> De tweede tuchtnorm luidt nu: *'enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in strijd met hetgeen een behoorlijk beroepsbeoefenaar betaamt.'* Tijdens de voorbereiding van de wetswijziging is door de wetgever aangegeven dat het de bedoeling van de tweede tuchtnorm is dat ook gedragingen die niet per se begaan zijn in de hoedanigheid van BIG-geregistreeerde onder het tuchtrecht (en dan specifiek de tweede tucht-

norm) kunnen vallen. Volgens de wetgever is de interpretatie die het CTG met het weerslagcriterium aan de tweede tuchtnorm gaf dan ook in lijn met het doel van het tuchtrecht. Die interpretatie is met de wijziging van de Wet BIG nu in de wet zelf gecodificeerd.<sup>11</sup>

Voorstelbaar is dat beide tuchtcolleges in de voorliggende kwestie geen moeite hebben gehad met het op basis van de 'oude' tweede tuchtnorm ontvankelijk verklaren van de klachten van klaagster. De wijziging van de tweede tuchtnorm brengt echter wel de nodige verduidelijking voor situaties waarin een BIG-geregistreeerde binnen of buiten de zorg (ook) in de uitoefening van een ander beroep dan waarvoor hij geregistreerd is handelt in strijd met de beroepsnormen van het beroep waarvoor hij geregistreerd is. De wetswijziging maakt daarmee duidelijker dat ook handelen in de privésfeer of bestuurlijk en organisatorisch handelen binnen het bereik van het tuchtrecht kan vallen, ook als er geen sprake is van directe betrokkenheid bij de individuele zorgverlening.

#### 5. Inwerkingtreding Wet zorg en dwang

Ook vanuit de Wet zorg en dwang (Wzd), die op 1 januari 2020 in werking treedt, kan het nodige over deze uitspraak worden gezegd. Zo is het de bedoeling van de wetgever dat de Wzd de cliënt volgt, en dus ook zal gelden in een particuliere zorginstelling als waar het in deze kwestie om gaat. Eén van de gevolgen van de Wzd is dat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen (in de Wzd vallend binnen de overkoepelende term 'onvrijwillige zorg') niet meer beperkt is tot mensen die met een Bopz-maatregel in een zorginstelling met Bopz-aanmerking zijn opgenomen.<sup>12</sup> Ook buiten Bopz-instellingen (en zelfs in de thuissituatie) mag vanaf 1 januari 2020 onvrijwillige zorg worden verleend. Daarbij moet wel aan een aantal strenge voorwaarden worden voldaan.<sup>13</sup> Voor de voorliggende casus zou dat concreet betekenen dat het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel (zoals het afsluiten

9 Zie alinea 4.5: *'Het Centraal Tuchtcollege sluit zich aan bij wat hierover door het college in eerste aanleg onder 5.3 is overwogen.'*

10 De 'nieuwe' tweede tuchtnorm is van toepassing op alle klachten die vanaf 1 april 2019 zijn of worden ingediend.

11 *Kamerstukken II 2016/17, 34629, nr. 3, p. 21-22 en p. 39; Kamerstukken II 2017/18, 34629, nr. 6, p. 8.*

12 *Kamerstukken II 2008/09, 31996, nr. 3, p. 15.*

13 Art. 9 t/m 13 Wzd. Voor onvrijwillige zorg in de thuissituatie gelden de aanvullende eisen die in het 'Besluit zorg en dwang' zijn opgenomen.

van deuren) ook in een particuliere zorginstelling als hier aan de orde was (onder voorwaarden) is toegestaan.

Voor zorgaanbieders die vanaf 1 januari 2020 onvrijwillige zorg willen gaan toepassen, gelden wel strenge eisen. Niet alleen moet voor de daadwerkelijke toepassing van onvrijwillige zorg eerst aan een aantal strenge voorwaarden zijn voldaan, ook op bestuursniveau moet een en ander gebeuren. Zo moeten zorgaanbieders de locaties waar of waarvandaan onvrijwillige zorg wordt verleend registreren in een openbaar register. Locaties waar cliënten onvrijwillig kunnen worden opgenomen moeten zich als 'accommodatie' registreren.<sup>14</sup> Daarnaast moeten bestuurders van zorgaanbieders die onvrijwillige zorg willen uitvoeren, zorgdragen voor een beleidsplan waarin in ieder geval wordt vastgelegd door middel van welke alternatieven de zorgaanbieder tracht om onvrijwillige zorg zoveel mogelijk te voorkomen en hoe wordt omgegaan met het toepassen en afbouwen van onvrijwillige zorg.<sup>15</sup> De gedachte is dat bestuurders van zorgaanbieders die zorg verlenen waarbij onvrijwillige zorg tot de mogelijkheden behoort, een positieve rol moeten spelen in de wijze waarop de organisatie het cliëntperspectief respecteert.<sup>16</sup> Bestuurders moeten daar een visie op hebben en de medewerkers steunen als er handelingsverlegenheid bestaat. Zoals de Tuchtcolleges in de voorliggende casus ook al duidelijk naar voren brachten, moeten bestuurders weten wat er in de organisatie speelt, zodat zij de kwaliteit en veiligheid binnen hun instelling kunnen borgen en stimuleren en zo nodig adequate maatregelen kunnen nemen.

Mr. S.M. (Sofie) Steen  
Advocaat gezondheidsrecht bij Holla Advocaten  
en redacteur van JGGZR.

14 Art. 20 Wzd. Zie ook de toelichtende notitie van het Ministerie van VWS: <https://www.dwanginzorg.nl/documenten/publicaties/implementatie/wzd/diversen/notitie-vws---de-betekenis-van-locatie-en-accommodatie-binnen-de-wzd-en-wvggz>

15 Art. 19 Wet zorg en dwang.

16 *Kamerstukken II* 2008/09, 31996, nr. 3, p. 13.