



PRODUCTIE 1

Symposium DAS

1. Algemeen

- Doelgroep : GGZ
- Doel : Kennisvergroting van het recht. Kennisoverdracht door eigen medewerkers
- Locatie : kantoor DAS Amsterdam
- Kosten : bijdrage deelnemers: 25,00 Euro excl. BTW
- Onderwerp : Gezondheidsrecht in de GGZ
- Programma : inloop (13.00 uur)
- : Plenair: Beroepsgeheim (13.30 – 14.30 uur)
- Daarna keuze tussen vier lezingen, die eenmaal worden herhaald
- 1^e Ronde 14.45 – 15.45 uur
- Pauze 15.45 – 16.15 uur pauze
- 2^e Ronde 16.15 – 17.15 uur
- Borrel 17.15 – 18.30 uur
- : thema 1: Dossierplicht en toestemming ouders bij minderjarige kinderen (doelgroep: zorgverleners)
- : thema 2: Tuchtrect en WKKGZ-geschilleninstanties (doelgroep zorgverleners)
- : thema 3: Personeelsmanagement en gezondheidsrechtelijke regels (doelgroep HRM en praktijkmanagers)
- : thema 4: Tuchtrectelijke aansprakelijkheid van bestuurders, managers en opleiders in de zorg (doelgroep managers)
- Datum : 30 mei 2017
- Omvang : maximaal 130 deelnemers
- Zelfstudie : niet vereist. 4 contacturen. Take-hometentamen.

2. Symposium inhoudelijk

Plenair: Beroepsgeheim

(sprekers: mr. drs. S. (Shirin) Slabbers en mr. J. (Jacqueline) Brouwer)

1. Beroepsgeheim in het algemeen
2. Beroepsgeheim bij minderjarige cliënten
3. Beroepsgeheim bij wilsonbekwame meerderjarige cliënten
4. Verklaringen op verzoek van cliënt ten behoeve van gerechtelijke procedures
5. Geheimhoudingsplicht bij klachten- en tuchtprocedures
6. Beroepsgeheim bij controles door zorgverzekeraars
7. Blokkeringsrecht bij rapporten
8. Beroepsgeheim bij onderzoeken door IGZ en NZa.

Thema 1: Dossierplicht en toestemming ouders bij minderjarige kinderen

(spreker: mr. L. (Lisette) Neuschäfer)

1. Verplichte inhoud dossier (WGBO, WKKGZ, Kwaliteitsstatuut, WBP, jurisprudentie).
2. Inzage – en vernietigingsrecht (van cliënt en wettelijke vertegenwoordigers, collegae, IGZ, NZa, zorgverzekeraars).
3. Bewaartermijn en datalekken.
4. Toestemmingsrecht van ouders bij minderjarige cliënten.

Thema 2: Tuchtrect en WKKGZ-geschilleninstanties

(spreker: mr. J. (Jacqueline) Brouwer)

1. Het toepassingsbereik van het tuchtrect en de WKKGZ-geschilleninstantie.
2. Normen waaraan wordt getoetst.
3. Het verloop van de procedures.
4. De sancties.
5. Do's en dont's in tuchtprocedures en klachtenprocedures en het meest optimale verweer.

Thema 3: Personeelsmanagement en gezondheidsrechtelijke regels

(sprekers: mr. drs. S. (Shirin) Slabbers en mr. T. (Tim) Gmelig Meijling)

1. Aannemen van medewerkers.
2. Incidenten en calamiteiten (registeren en melden).
3. Het Kwaliteitsstatuut.
4. Loonregres.

Thema 4: Tuchtrectelijke aansprakelijkheid van bestuurders, managers en opleiders in de zorg

(spreker: mr. R. (Rien) Leemans)

1. Welke bestuurders en managers vallen onder het tuchtrect?
2. Aan welke norm wordt hun handelen getoetst?
3. Lessen te leren uit uitspraken.
4. Zijn opleiders tuchtrectelijk aansprakelijk en zo ja, waarvoor?

3. Docenten

Alle docenten zijn tussen de 10 en 25 jaar werkzaam op het gebied van het gezondheidsrecht.



PRODUCTIE 2

GGZ en het recht

Beroepsgeheim

Beroepsgeheim

- Wettelijke basis
- WGBO
- Wet BIG
- WBP
- WvSr
- (gedragscodes en richtlijnen)

Stelling 1:

Er mag door een behandelaar nooit een verklaring worden opgesteld over de cliënt als de behandelaar weet/vermoedt dat die zal worden gebruikt in een gerechtelijke procedure in het kader van een echtscheiding.

Stelling 2:

Als een zorgverzekeraar fraude-onderzoek doet dan mag hij direct inzage hebben in dossiers. Toestemming van de patiënt hoeft niet te worden gevraagd.

Stelling 3:

Het beroepsgeheim geldt nooit ten opzicht van de gezinsvoogd van een minderjarige cliënt.

Uitzonderingen op beroepsgeheim:

- Toestemming van de cliënt.
- Wettelijke uitzonderingen.
- Uitzonderingen n.a.v. jurisprudentie.

Enige wettelijke uitzonderingen op het beroepsgeheim:

- a. Jegens collegae.
- b. Jegens wettelijke vertegenwoordigers.
- c. Bij dwangbehandeling in een BOPZ-instelling.
- d. Jegens de gezinsvoogd bij een OTS.
- e. Bij controles door zorgverzekeraars en toezichthoudende instanties.
- f. Verplichte melding aan IGZ en bij onderzoeken door IGZ.

Uitzonderingen op beroepsgeheim n.a.v. jurisprudentie:

- a. Veronderstelde toestemming bij overleden cliënten.
- b. Conflict van plichten (overmacht).
- c. Ten behoeve van verweer tegen een klacht.
- d. Fact-team.
- e. Strafrechtelijke onderzoeken.

Geneeskundige verklaringen

- Terughoudendheid.
- Alleen diagnose en andere feiten.
- Geen waardeoordelen.
- Alleen over cliënt.

Blokkeringsrecht

Van toepassing bij beoordeling van de gezondheidstoestand verricht in opdracht van een ander in verband met vaststelling van aanspraken of verplichtingen, toelating tot een verzekering of voorziening, of beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.

Niet van toepassing:

- een tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering;
- een opleiding waartoe de betrokkene reeds is toegelaten.

Voorbeelden blokkeringsrecht:

- Niet: GZ-psycholoog voert in opdracht van de officier van justitie als vast gerechtelijk deskundige een psychologisch onderzoek uit naar de persoon van klager.
- Niet: Een psychiater wordt door een bedrijfsarts ter beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van een werknemer gevraagd psychologisch onderzoek te doen.
- Niet: Een instelling verzoekt een psychiater als partijdeskundige onderzoek te doen i.v.m. een aansprakelijkstelling van de instelling, zonder dat de psychiater een aanvullend onderzoek bij de cliënt doet.
- Wel: Een psychiater doet in verband met een vorderingsprocedure als bedoeld in de artikelen 130-134a van de Wegenverkeerswet een keuringsonderzoek naar alcoholgebruik.

Controle door zorgverzekeraar

Formele controle, materiele controle, fraude-onderzoek

- Eerst algemene controle
- Daarna specifieke controle met detailcontrole
- Verplichting mee te werken.
- Detailcontrole: onderzoek naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens.
- Medisch adviseur.
- GGZ: privacy-verklaring.

Geen beroepsgeheim t.a.v. IGZ:

- Meldplicht bij calamiteiten, geweld in zorgrelatie en beëindigen contract met zorgverlener i.v.m. ernstig disfunctioneren.
- Medewerkingsplicht bij onderzoeken door IGZ. Geen schending beroepsgeheim.

Geen beroepsgeheim t.a.v. NZa:

- Bij onderzoek naar tarieven en correcte administratie.
- Bij controle op voorlichting aan cliënten over tarieven.
- I.v.m. Wet op de economische delicten.

Stelling 1: Er mag door een behandelaar nooit een verklaring worden opgesteld over de cliënt als de behandelaar weet/vermoedt dat die zal worden gebruikt in een gerechtelijke procedure in het kader van een echtscheiding. **Niet juist.**

Stelling 2: Als een zorgverzekeraar fraude-onderzoek doet dan mag hij direct inzage hebben in dossiers. Toestemming van de patiënt hoeft niet te worden gevraagd. **Niet juist.**

Stelling 3: Het beroepsgeheim geldt ook ten opzicht van de gezinsvoogd van een minderjarige cliënt. **Niet juist.**

GGZ en het recht

**Dossierplicht en toestemming
ouders bij minderjarige kinderen**

Verplichte inhoud dossier

- Gegevens over de gezondheid van de patiënt (WGBO).
- Gegevens over de uitgevoerde verrichtingen (WGBO).
- Behandelplan en evaluaties (jurisprudentie)
- Verklaringen van de cliënt (WGBO).
- Gegevens over een incident (WKKGZ).
- Gegevens over regiebehandelaar (Kwaliteitsstatuut (tarieven)
- Besluit Patiëntendossier BOPZ

Inzagerecht:

- Patiënt
- Wettelijke vertegenwoordigers
- Collegae
- IGZ
- Nza

Vernietigingsrecht.

Bewaartermijn:

- Hoofdregel: 15 jaar.
- Anders: BOPZ.
- Keuringen.

Datalekken:

- Wbp.
- Melden bij Autoriteit Persoonsgegevens.
- Melden aan betrokkene.

Toestemmingsrecht van ouders bij minderjarige cliënten:

- 3 leeftijdscategorieën.
- Ouders met/zonder gezag.
- Gescheiden ouders.

GGZ en het recht

Tuchtrecht en WKKGZ-geschilleninstantie

Onderscheid tuchtrecht Wet BIG en ander tuchtrecht

Tuchtrecht Wet BIG:

- Artikel 3 beroepen, hoedanigheid.
- Eerste en tweede tuchtnorm.
- I.b. openbare zitting.
- Eerst RTG, daarna evt. beroep bij CTG.

Sancties

Aantekening in BIG-register...

- Waarschuwing
- Berisping
- Geldboete
- Schorsing inschrijving in BIG-register (evt. voorwaarde)
- Gedeeltelijke ontzegging bevoegdheid
- Doorhaling inschrijving BIG-register
- Ontzegging recht om ooit nog in te schrijven

Klachtgerechtigden:

- De cliënt, de wettelijke vertegenwoordigers, nabestaanden
- Andere rechtstreeks belanghebbenden
- IGZ
- Werkgever
- Opdrachtgever.

WKKGZ-klachtenprocedure

- Klacht
- Klachtgerechtigde is cliënt/vertegenwoordiger
- Voorfase
- Geschilleninstantie: klacht met of zonder claim

Rechtsbijstand door....

Casus 1

Een ex-echtgenoot van uw cliënte die suïcide heeft gepleegd dient bij u een klacht in, stellende dat u dit risico onvoldoende heeft ingeschat en tekort bent geschoten in de behandeling, en vraagt om een kopie van het dossier. U weigert een kopie te verstrekken. Vervolgens dient de ex-partner een klacht in bij het RTG en vult de klacht aan met een weigering een kopie te verstrekken. Daarnaast vordert de ex-partner bij een geschilleninstantie terugbetaling van de declaraties op de rekening van de overleden patiënt.

- Had u het dossier moeten verstrekken?
- Is de klager ontvankelijk?
- Kunt u het dossier alsnog verstrekken aan het RTG?
- Veronderstelde toestemming? Voorfase WKKGZ.
- Niet-ontvankelijk.
- Artikel 67 lid 7 BIG.

Casus 2

Een patiënt, die u al meerdere keren onheus heeft bejegend, dient een klacht tegen u in bij een RTG, het NIP en bij een geschilleninstantie. U bent van mening dat deze klacht totaal ongegrond is en belt de cliënt op om te vertellen dat u de handelrelatie beëindigt, van plan bent om schriftelijk verweer te voeren, maar geen dag vrij gaat nemen om bij de zittingen aanwezig te zijn. De patiënt geeft vervolgens aan bereid te zijn om de klachten in te trekken, mits u de declaraties crediteert en het dossier vernietigt.

- Mag het bij 3 instanties tegelijk?
- Mag u de handelrelatie beëindigen?
- Is creditering toegestaan/raadzaam?
- Is vernietiging verplicht/toegestaan/raadzaam

Do's en dont's

- Letten op ontvankelijkheid
- Niet altijd gehele medische dossier overleggen
- Let op beroepsgeheim (wie is klager?)
- Respectvol inhoudelijk verweer, zelfinzicht
- I.b. niet beëindigen behandelrelatie
- I.b. niet afkopen
- I.b. niet dossier vernietigen
- Dossier niet aanvullen of wijzigen
- Melden bij leidinggevende?
- Beroepsaansprakelijkheidsverzekering inlichten
- Juridische bijstand

GGZ en het recht

Personneelsmanagement en
gezondheidsrechtelijke regels

WKKGZ

- Toepassingsgebied
- Aannemen van personeel
- Bijhouden van kwaliteit personeel
- Incidentenregistratie
- Meldingen bij IGZ

Kwaliteitsstatuut GGZ

- Regiebehandelaar
- Verantwoordelijkheidsverdeling

Regiebehandelaar bij vrijgevestigden:

In de generalistische basis ggz:

- GZ-psycholoog
- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog

In de gespecialiseerde ggz:

- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychiater

Voor ggz-instellingen mogen regiebehandelaren in de generalistische basis-ggz zijn:

- GZ psycholoog
- Klinisch Psycholoog /Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist ggz
- Indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
- Indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts

Bij ggz-instellingen binnen de gespecialiseerde ggz:

- Altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team.
- Psychiater en de klinisch psycholoog altijd evt. regiebehandelaar.
- Evt. een ander: verslavingsarts, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater, de psychotherapeut, de klinisch neuropsycholoog, verpleegkundig specialist ggz en dGZ-psycholoog.
- Bij klinische opname is i.b. een psychiater of klinisch psycholoog.
- In overleg met de klinisch werkzame psychiater of klinisch psycholoog evt. ambulante regiebehandelaar ook gedurende de opname.
- Bij een crisis-dbc wordt altijd een psychiater geconsulteerd (geen direct patiëntcontact noodzakelijk).

Enkele vragen:

1. Hoe is er geregeld dat er aan dossierplicht wordt voldaan?
2. Hoe is er geregeld dat kwaliteit van de hulpverleners wordt gemonitord?
3. Is er een escalatieprocedure?
4. Is voor iedereen duidelijk wie de regiebehandelaar is en welke taken die heeft?
5. Is er gestandaardiseerd welke informatie wanneer aan een verwijzer wordt verstrekt?
6. Is er geregeld hoe cliënten en/of hun naasten kunnen handelen als er na afsluiting van de behandeling sprake is van crisis of terugval?

Mr. Tim Gmelig Meijling
Manager letselschadehulp
tw.gmelig.meijling@das.nl

Loonschade

Wat gaan we bespreken?

Wat is loonschade?

1. Aansprakelijkheid
2. Causaal verband
3. Schade: - Wat kan de werkgever verhalen?
4. Praktische tips

Ad 1. Aansprakelijkheid

Verkeersongevallen

Medische fouten

Sport/spel, dieren, anders

Wegbeheerderskwesties

Mishandelingen

Werkgeversaansprakelijkheid



Ad 2. Causaal verband bij loonschade

- **Conditio sine qua non (CSQN)**

Zonder de onrechtmatige gedraging zou geen schade zijn ontstaan
M.a.w. is de uitval van de werknemer te wijten aan het ongeval?

- **Toerekening naar redelijkheid**

artikel 6:98 BW: Voor vergoeding komt slechts in aanmerking schade die in zodanig verband staat met de gebeurtenis waarop de aansprakelijkheid van de schuldenaar berust, dat zij hem, mede gezien de aard van de aansprakelijkheid en van de schade, als een gevolg van deze gebeurtenis kan worden toegerekend.

Ad 3. Schade Loonschade

- Wettelijke basis
- Eerste redelijkheidstoets
- Tweede redelijkheidstoets



Loonshade - wettelijk basis

Wet Verbetering Poortwachter

artikel 6:107a BW 1996

1. Indien iemand ten gevolge van een gebeurtenis waarvoor een ander aansprakelijk is, lichamelijk of geestelijk letsel oploopt, houdt de rechter bij de vaststelling van de schadevergoeding waarop de gekwetste aanspraak kan maken rekening met de aanspraak op loon die de gekwetste heeft krachtens artikel 629, lid 1, van Boek 7 of krachtens individuele of collectieve arbeidsovereenkomst.
2. Indien een werkgever krachtens artikel 629, lid 1, van Boek 7 of krachtens individuele of collectieve arbeidsovereenkomst verplicht is tijdens ziekte of arbeidsongeschiktheid van de gekwetste het loon door te betalen, heeft hij, indien de ongeschiktheid tot werken van de gekwetste het gevolg is van een gebeurtenis waarvoor een ander aansprakelijk is, jegens deze ander recht op schadevergoeding ten bedrage van de door hem betaalde loon, doch ten hoogste tot het bedrag, waarvoor de aansprakelijke persoon, bij het ontbreken van de loondoorbetalingsverplichting aansprakelijk zou zijn, verminderd met een bedrag, gelijk aan dat van de schadevergoeding tot betaling waarvan de aansprakelijke persoon jegens de gekwetste is gehouden.

3. De in lid 2 bedoelde aansprakelijke is eveneens verplicht tot vergoeding van de door de werkgever gemaakte redelijke kosten ter nakoming van zijn in artikel 658a van Boek 7 bedoelde verplichtingen. De aansprakelijke kan hetzelfde verweer voeren dat hem jegens de gekwetste ten dienste zou hebben gestaan.

4. Indien de aansprakelijke persoon een werknemer is, heeft de werkgever slechts recht op schadevergoeding indien de ongeschiktheid tot werken het gevolg is van diens opzet of bewuste roekeloosheid.

Eigen risico-drager

Is een werkgever “eigen risico-drager” in de zin van de WAO/WIA, dan kan haar verhaalsacties inzake loonschade ook na 2 jaar worden voortgezet, artikel 99 lid 3 WIA

Schadeposten Loonverhaal werkgever

- Netto doorbetaald loon
- Werkgeversdeel pensioenpremie
- Vakantiegeld
- Opleidingskosten
- Vaste bonussen
- Wetgeving 2008: administratiekosten, reïntegratiekosten, aanpassingskosten
- Rechtsbijstandkosten



Niet verhaalbaar

- Vervanger
- Gemis aan omzet
- Werkgeverslasten

Wetgeving 2008

Uitbreiding verhaalsrecht van de werkgever. Nu ook alle kosten welke i.v.m. de Wet Verbetering Poortwachter zijn gemaakt verhaalbaar.

- Administratiekosten
- Reïntegratiekosten
- Aanpassingskosten

Administratiekosten

- Kosten voor het bijhouden van documentatie
- Gesprekken met zieke werknemer
- Schrijven plan van aanpak en reïntegratieverslag zieke werknemer
- Kostenbedrijfsarts/arbo-dienst



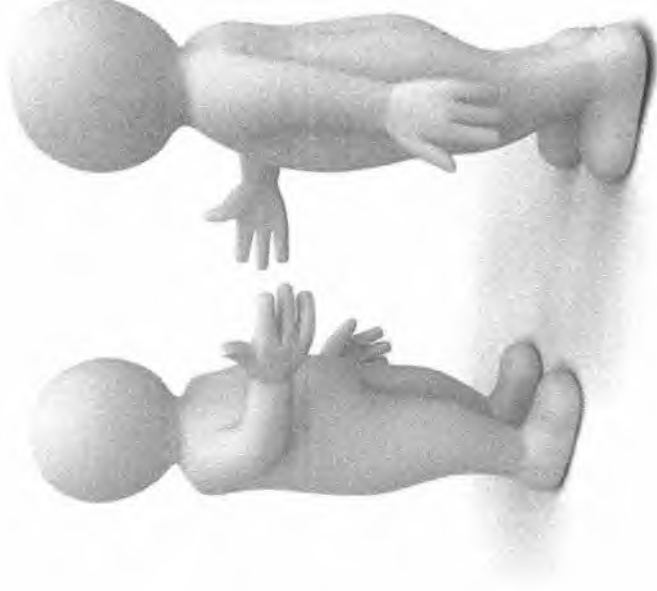
Reïntegratiekosten

- Kosten reïntegratiebureaus
- Kosten van her/om/bijtscholing
- Kosten sollicitatietraining

Bevordering terugkeer naar het werk

Aanpassingskosten

- Kostenaanschaf braille computer
- Kosten rolstoeltaxi
- Kosten doventolk
- Kosten persoonlijke hulp werkplek



Aanpassen/bereikbaar maken werkplek

(Loon)Schade. Alles naar redelijkheid!!!

Dubbele redelijkheidstoets

Eerste redelijkheidstoets: is het maken van de kosten redelijk?

Tweede redelijkheidstoets: is de hoogte van de kosten redelijk?

Praktische tips

- Werkgevers dossier/administratie op orde
- Verzamel contactgegevens belangenbehartiger van werknemer
- Beperkte verhaalsmogelijkheden
- Verzamel loonstroken en arbo-berichten

Wist-u-datje

De polisvoorwaarden van ziekteverzuimverzekeraars zijn zo geschreven dat de zvv op voorschotbasis tot uitkering komt. De verzekerde werkgever behoudt de verplichting om tot verhaal van de schade te komen. Indien die verhaalsactie slaagt, dan komen de uitgekeerde gelden de zvv toe.

Letsele schadehulp van DAS

Voor een rechtvaardige schadevergoeding



+ U kunt zich richten op uw herstel

Vragen?

letselschade@das.nl

schadeverhalen@das.nl

020-6517215

www.das.nl/over-das/over-flexx

Particulier: (088) 3279 807

Ondernemer: (088) 3279 875

GGZ en het recht

Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van bestuurders, managers en opleiders in de zorg

Welke bestuurders en managers vallen onder het tuchtrecht?

- Artikel 47 Wet BIG: arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige of verpleegkundige.
- Tweede tuchtnorm, persoonlijke verwijtbaarheid.
- Voldoende weerslag op individuele gezondheidszorg.

Onderscheid:

- Praktijkhouders
- Leidinggegenden van afdeling
- Bestuurders van organisatie

en

- Incidentele fout of organisatorisch falen?
- Bemoeienis met zorg?
- Beleidsvrijheid

Casus 1:

Psychiater, geneesheer-directeur, wordt aangeklaagd omdat:

- I.t.t. hetgeen in behandelplan staat, geen psychiater hoofdbehandelaar was, maar een gz-psycholoog;
- Na een calamiteit, medewerkers onvoldoende kennis bleken te hebben van een suïcideprotocol.

Ontvankelijk? Gegrond?

Casus 2: Hoofd behandeldienst wordt tuchtrechtelijk aangesproken.

Klachten:

1. Verweerster is organisatorisch en als leidinggevende verantwoordelijk voor de ondeugdelijke structuur van zorg binnen locatie N., waaronder begrepen het systeem van triage en de afwezigheid van het medisch dossier tijdens de avond- en weekenddienst;
2. Verweerster heeft zonder wederhoor een melding aan de IGZ
3. Verweerster heeft geen verslag gemaakt of laten maken van de bespreking met de gemachtigde;
4. Verweerster ontkent dat van de zijde van O. onzorgvuldig of verwijtbaar zou zijn gehandeld;
5. De beslissing van verweerster om patiënten op de verpleegafdeling van locatie N. op te nemen berust op gronden die deze beslissing niet kunnen dragen.

Ontvankelijk?

Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid opleiders:

Bij de aanvang van de opleiding drukt een aanzienlijk deel van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het handelen van de zorgverlener in opleiding op de schoulers van de opleider c.q. de supervisor, terwijl naarmate er meer aan de opleiding kan worden toevertrouwd de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid gaandeweg wordt gedeeld tussen opleider/supervisor en de opleiding.

Casus: Klaagster verwijt de gz-psycholoog dat het rapport van F dat onder zijn verantwoordelijkheid als supervisor tot stand kwam, naar inhoud en procedure niet aan de normen van een goed psychologisch onderzoek voldoet.

1. Klaagster is niet geïnformeerd over de onderzoeksvraag;
2. De conclusies in de rapportage van F zijn strijdig met een latere rapportage;
3. Het rapport bevat ongefundeerde en onjuiste uitspraken over klaagster;
6. In het rapport worden niet nader onderbouwde conclusies over de opvoedingsvaardigheden van klaagster getrokken, zonder dat F klaagster met haar zoon heeft geobserveerd of over de opvoeding heeft gesproken.

Ontvankelijk? Gegrond?



PRODUCTIE 3

Symposium GGZ (30 mei 2017)

Inhoudsopgave

Hoofdstuk 1: Beroepsgeheim	2
1.1 Het beroepsgeheim en uitzonderingen daarop.	2
1.2 Verklaringen op verzoek van een cliënt ten behoeve van gerechtelijke procedures.	6
1.3 Blokkeringsrecht bij rapporten.	
1.4 Beroepsgeheim bij controles door zorgverzekeraars.	7
1.5 Beroepsgeheim bij onderzoeken door IGZ en NZa.	8
Hoofdstuk 2: Dossierplicht en toestemming ouders bij minderjarige kinderen	12
2.1 Verplichte inhoud dossier.	12
2.2 Inzage – en vernietigingsrecht.	14
2.3 Bewaartermijn en datalekken.	15
2.4 Toestemmingsrecht van ouders bij minderjarige cliënten.	17
Hoofdstuk 3: Tuchtrect en WKKGZ-geschilleninstanties	18
3.1 Het toepassingsbereik van het tuchtrect, de normen waaraan wordt getoetst en het verloop.	18
3.2 De WKKGZ-geschilleninstantie.	23
3.3 Do's en dont's in tuchtprocedures en klachtenprocedures en het meest optimale verweer.	25
Hoofdstuk 4: Personeelsmanagement en gezondheidsrechtelijke regels	27
4.1 Aannemen van medewerkers.	27
4.2 Incidenten en calamiteiten (registeren en melden).	28
4.3 Het Kwaliteitsstatuut.	31
4.4 Loonregres.	34
Hoofdstuk 5: Tuchtrectelijke aansprakelijkheid van bestuurders, managers en opleiders in de zorg	36
5.1 Welke bestuurders en managers vallen onder het tuchtrect?	36
5.2 Aan welke norm wordt hun handelen getoetst?	36
5.3 Zijn opleiders tuchtrectelijk aansprakelijk en zo ja, waarvoor?	41

Mr. drs. S. Slabbers, 2 maart 2017

Hoofdstuk 1: Beroepsgeheim

1.1 Het beroepsgeheim en uitzonderingen daarop

Omvang beroepsgeheim

Zorgverleners in de GGZ hebben beroepsgeheim; zij moeten als hoofdregel geheimhouding in acht nemen over alles wat zij in hoedanigheid van zorgverlener van een cliënt te weten zijn gekomen. De wettelijke basis voor het beroepsgeheim is te vinden in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, de Wet Bescherming Persoonsgegevens en het Wetboek van Strafrecht.

Het artikel in de WGBO (artikel 7:457 BW) luidt:

1. *Onverminderd het in artikel 448 lid 3, tweede volzin, bepaalde draagt de hulpverlener zorg, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad. De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.*
2. *Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.*
3. *Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de uitvoering van de behandelingsovereenkomst op grond van de artikelen 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks achterwege.*

Het artikel in de Wet BIG (artikel 88) luidt:

Een ieder is verplicht geheimhouding in acht te nemen ten opzichte van al datgene wat hem bij het uitoefenen van zijn beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg als geheim is toevertrouwd, of wat daarbij als geheim te zijner kennis is gekomen of wat daarbij te zijner kennis is gekomen en waarvan hij het vertrouwelijke karakter moest begrijpen.

Het artikel in het Wetboek van Strafrecht (artikel 272) luidt:

1. *Hij die enig geheim waarvan hij weet of redelijkerwijs moet vermoeden dat hij uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift dan wel van vroeger ambt of beroep verplicht is het te bewaren, opzettelijk schendt, wordt gestraft met gevangenisstraf van ten hoogste een jaar of geldboete van de vierde categorie.*
2. *Indien dit misdrijf tegen een bepaald persoon gepleegd is, wordt het slechts vervolgd op diens klacht.*

De twee artikelen in de Wet Bescherming Persoonsgegevens die in het bijzonder betrekking hebben op de gezondheidszorg luiden:

Artikel 16 WBP:

De verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, gezondheid, seksuele leven, alsmede persoonsgegevens betreffende het lidmaatschap van een vakvereniging is verboden behoudens het bepaalde in deze paragraaf. Hetzelfde geldt voor strafrechtelijke persoonsgegevens en persoonsgegevens over onrechtmatig of hinderlijk gedrag in verband met een opgelegd verbod naar aanleiding van dat gedrag.

Artikel 21 WBP:

1. *Het verbod om persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid te verwerken als bedoeld in artikel 16, is niet van toepassing indien de verwerking geschiedt door:*

a. hulpverleners, instellingen of voorzieningen voor gezondheidszorg of maatschappelijke dienstverlening voor zover dat met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene, dan wel het beheer van de betreffende instelling of beroepspraktijk noodzakelijk is;

b. verzekeraars (...)

c. scholen (...)

d. een reclasseringsinstelling, een bijzondere reclasseringsambtenaar, de raad voor de kindbescherming of de gecertificeerde instelling (...).

e. Onze Minister (...)

f. bestuursorganen, pensioenfondsen, werkgevers (...)

2. In de gevallen als bedoeld in het eerste lid worden de gegevens alleen verwerkt door personen die uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift, dan wel krachtens een overeenkomst tot geheimhouding zijn verplicht. Indien de verantwoordelijke gegevens persoonlijk verwerkt en op hem niet reeds uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift een geheimhoudingsplicht rust, is hij verplicht tot geheimhouding van de gegevens, behoudens voor zover de wet hem tot mededeling verplicht of uit zijn taak de noodzaak voortvloeit dat de gegevens worden meegedeeld aan anderen die krachtens het eerste lid bevoegd zijn tot verwerking daarvan.

- 3. Het verbod om andere persoonsgegevens als bedoeld in artikel 16 te verwerken, is niet van toepassing voor zover dit noodzakelijk is in aanvulling op de verwerking van persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid als bedoeld in het eerste lid, onder a, met het oog op een goede behandeling of verzorging van de betrokkene.*
- 4. Persoonsgegevens betreffende erfelijke eigenschappen mogen slechts worden verwerkt voor zover deze verwerking plaatsvindt met betrekking tot de betrokkene bij wie de betreffende gegevens zijn verkregen, tenzij:*

a. een zwaarwegend geneeskundig belang prevaleert of

b. de verwerking noodzakelijk is ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of statistiek.

(...)

Uitzonderingen

Er zijn vele uitzonderingen op de geheimhoudingsplicht. De eerste betreft toestemming van de cliënt; als de cliënt toestemming geeft voor gegevensverstrekking, dan mag dat. De wet geeft ook diverse uitzonderingen. Voorbeelden zijn:

- a. Jegens collegae.
- b. Jegens wettelijke vertegenwoordigers.
- c. Bij dwangbehandeling in een BOPZ-instelling.
- d. Jegens de gezinsvoogd bij een OTS.
- e. Bij controles door zorgverzekeraars (zie paragraaf 1.4) en toezichthouders (zie paragraaf 1.5).

Ad a. De WGBO bepaalt dat je informatie mag uitwisselen met collegae voorzover die betrokken zijn bij dezelfde geneeskundige behandelingsovereenkomst en nodig is voor de uitvoering van die overeenkomst.

Bij informatieverstrekking aan een verwijzende huisarts wordt aanbevolen expliciet toestemming te vragen aan de cliënt (de conceptbrief ter beoordeling voor te leggen). In tuchtrechtelijke uitspraken wordt ook wel aangenomen dat toestemming mag worden verondersteld. Zo werd door het RTG Amsterdam in een uitspraak van 17 maart 2015 (ECLI:NL:TGZRAMS:2015:37), waarbij een klacht tegen een gezondheidszorgpsycholoog was ingediend, het volgende overwogen:

Bij het uitwisselen van informatie tussen een verwijzende huisarts en de beroepsbeoefenaar waarnaar wordt verwezen wordt in beginsel toestemming verondersteld van de betrokkene. Van veronderstelde toestemming is echter geen sprake wanneer tegen het informeren van derden, hieronder begrepen de verwijzer, (uitdrukkelijk) bezwaar is gemaakt. In dergelijke situaties is voor het terugkoppelen van informatie naar de verwijzer (expliciete) toestemming vereist van de betrokkene.

Uit het intakeformulier van de praktijk van verweerster, dat door klager is ondertekend d.d. 12 november 2013, heeft klager via het invullen van twee vragen met 'nee' expliciet zijn toestemming aan verweerster onthouden om in contact te treden met derden of om de conclusies en het advies van het onderzoeksrapport aan derden te verstrekken. Deze weigering van klager omtrent het delen van informatie over zijn dochter met derden had, behoudens zeer uitzonderlijke situaties, leidend moeten zijn voor verweerster.

Ad b. Op grond van de WGBO geldt het beroepsgeheim niet ten opzichte van de wettelijke vertegenwoordigers van de minderjarige of de meerderjarige wilsbekwame cliënt, althans voor zover: 1. de wettelijke vertegenwoordiger toestemming moet geven voor de behandeling en 2. informatieverstrekking aan de wettelijke vertegenwoordiger niet in strijd is met het goed hulpverlenerschap.

Bij minderjarigen geldt dat de hoofdregel geldt dat de ouders met gezag tot 16 jaar (cliënt) toestemming moeten geven. Is de toestemming niet vereist, dan mag aan de wettelijke vertegenwoordiger ook geen informatie worden verstrekt. Zie verder hoofdstuk 2.

Ad c. Als er een wettelijke verplichting tot gegevensverstrekking is, dan moet een zorgverlener ook informatie aan derden verstrekken. Dat geldt bijvoorbeeld bij het vaststellen van een infectieziekte (Wet publieke gezondheid), melding dwangbehandeling (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen) en bij een overlijden van een patiënt (Wet op de lijkbezorging). Ook op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 wordt een zorgaanbieder verplicht om desgevraagd medische informatie aan een gemeente te verstrekken, mits de patiënt of cliënt daarvoor zijn ondubbelzinnige en vrij gegeven toestemming heeft verleend.

Ook in de Jeugdwet is een verplichting opgenomen (artikel 7.3.11 lid 4). De regel in de Jeugdwet houdt in dat de zorgverlener op verzoek van de gezinsvoogd informatie moet verschaffen aan de gezinsvoogd, zonder dat de zorgverlener toestemming hoeft te hebben van de wettelijke vertegenwoordigers van de cliënt. Dit betekent overigens niet dat alles aan de gezinsvoogd mag worden verteld en/of het dossier mag worden verstrekt. Het moet, ten eerste, gaan om inlichtingen over feiten en omstandigheden die de verzorging en opvoeding van de minderjarige betreffen of de persoon van de ouder of voogd. Ten tweede moet het gaan om inlichtingen die nodig zijn voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling. Er moet dus wel een ondertoezichtstelling zijn uitgesproken. De beroepsbeoefenaar mag - als aan deze voorwaarden wordt voldaan - ook op eigen initiatief inlichtingen aan de gezinsvoogd geven. De bepaling in de Jeugdwet is een *lex specialis*; in andere situaties dan een ondertoezichtstelling gelden de gebruikelijke regels.

Uitzonderingen naar aanleiding van jurisprudentie zijn bijvoorbeeld de volgende:

- a. Veronderstelde toestemming bij overleden cliënten.
- b. Conflict van plichten (overmacht).
- c. Ten behoeve van verweer tegen een klacht.
- d. Fact-team.
- e. Strafrechtelijke onderzoeken.

Ad. a. Soms mag de toestemming voor gegevensverstrekking na overlijden worden verondersteld. De hulpverlener moet dan beschikken over concrete aanwijzingen op grond waarvan hij de toestemming mag veronderstellen. Het eerste criterium is 'zou de cliënt, ware hij/zij nog in leven geweest, toestemming hebben gegeven'. Het gaat daarbij om de vraag wie doet het verzoek en wat is de verhouding met de overledene? Het tweede criterium is of er een 'rechtens te respecteren belang is'. Waar zijn de gegevens voor nodig (genetisch onderzoek, schadeclaim, aanvechten testament, uitkering van een verzekering etc.)? Het derde criterium is dat de gegevens redelijkerwijs niet op een andere manier kunnen worden verkregen. In principe mogen gegevens uit het medisch dossier van de patiënt worden verstrekt, als belanghebbenden een klacht tegen een hulpverlener hebben ingediend

wegens een vermeende medische fout met het overlijden van de patiënt als gevolg (bijvoorbeeld suicide).

Ad b. Een hulpverlener mag gegevens van een cliënt aan een derde verstrekken als sprake is van een 'conflict van plichten'. In een dergelijk geval wordt besloten op grond van een afweging van belangen om tot gegevensverstrekking over te gaan. Te denken valt aan situaties waarin derden schade zouden ondervinden als de hulpverlener zijn beroepsgeheim zou handhaven. Bij het afwegen van de belangen moet duidelijk zijn dat het probleem (het conflict) niet op een minder ingrijpende manier kan worden opgelost dan door het doorbreken van het beroepsgeheim. Persoonlijke belangen van derden, zoals financiële en emotionele belangen (rouwverwerking), zijn in het algemeen onvoldoende zwaarwegend om een beroep op een conflict van plichten te kunnen doen.

Ook bij een vermoeden van kindermishandeling en huiselijk geweld kan een beroep op overmacht worden gedaan. Professionals in de zorg zijn verplicht een meldcode te hebben of te hanteren waardoor zij in actie kunnen komen tegen kindermishandeling en huiselijk geweld. De meldcode vermeldt welke stappen moeten worden doorlopen voordat een melding mag worden gedaan.

Ad c. Zolang een klacht door een klachtenfunctionaris wordt behandeld, worden de medische gegevens van een patiënt op grond van diens veronderstelde toestemming door de klachtenfunctionaris gebruikt. Wordt de klacht aan een klachtencommissie voorgelegd, dan is expliciete toestemming van de patiënt nodig voor het gebruik van zijn gegevens. Dat geldt ook voor de gegevens die door de hulpverlener worden gebruikt in het kader van zijn verweer. Geeft de patiënt geen toestemming voor het gebruik van zijn gegevens, dan dient dat te leiden tot ongegrondheid van de klacht..

Ten behoeve van het verweer van een aangeklaagde in tuchtzaken, mag de aangeklaagde op grond van veronderstelde toestemming relevante medische gegevens van de patiënt gebruiken voor zijn verweer. Zie bijvoorbeeld RTG Den Haag d.d. 14 juli 2015, ECLI:NL:TGZRSGR:2015:92:

Tevens wordt de stelling van klager verworpen, voor zover het College hem begrijpt, inhoudende dat de gemachtigde van verweerder, advocaat, naar - volgens klager - uit jurisprudentie van de Hoge Raad der Nederlanden zou blijken, geen gebruik heeft mogen maken van het haar ten onrechte ter beschikking gestelde medisch dossier. Naar vaste tuchtrechtelijke jurisprudentie (zie onder artikel 70 Wet BIG) geldt de regel dat de aangeklaagde partij, en dus ook de gemachtigde, kennis mag nemen en gebruik mag maken van het dossier, voor zover dat dienstig is voor het voeren van het verweer. Die situatie heeft zich hier voorgedaan. Daarbij wordt verwezen naar het in het EVRM verankerd recht op een eerlijk proces. Verder geldt dat, wie een klacht indient geacht wordt de geldende geheimhoudingsplicht op te heffen, voor zover het gegevens betreft die voor de beoordeling door de tuchtrechter van betekenis kunnen zijn.

In civiele zaken moet een hulpverlener voor het gebruik van medische gegevens toestemming aan de patiënt vragen. Als de patiënt die toestemming weigert, kan de hulpverlener in bewijsnood komen. De gevolgen daarvan zouden voor de patiënt moeten zijn.

Een aangeklaagde mag zonder toestemming van de patiënt gegevens van die patiënt aan zijn gemachtigde voorleggen, voor zover die voor zijn verweer relevant zijn. Als de aangeklaagde voor zijn verweer gebruik wil maken van gegevens die op een ander dan de klager betrekking hebben, dan moet de betreffende persoon daarvoor toestemming geven. Voor het geval dat deze persoon geen toestemming geeft – of geen toestemming meer kan geven – is in het tuchtrecht een speciale voorziening opgenomen. Deze voorziening houdt in dat de tuchtrechter (op grond van artikel 67 lid 3 Wet BIG) kan bepalen dat sommige processtukken, of gedeelten daaruit, niet door de klager mogen worden ingezien, maar slechts door diens gemachtigde. Deze gemachtigde moet dan wel arts, advocaat of procureur zijn of van de voorzitter bijzondere toestemming hebben gekregen.

Een hulpverlener die wordt verdacht van een strafbaar feit heeft – net als iedere andere verdachte – recht op een eerlijk proces. Een verdachte mag niet worden gedwongen om actief aan zijn eigen veroordeling mee te werken. Dit heet ook wel het 'nemo tenetur beginsel'. Het zwijgrecht van de verdachte en de verplichting voor verhorende ambtenaren om de verdachte op dit recht te wijzen, is hiervan een uitwerking (artikel 29 Sv). Wanneer een hulpverlener wordt verdacht van het plegen van een ernstig strafbaar feit tegen een patiënt, heeft het Openbaar Ministerie mogelijkheden om gegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen, te vorderen en in te zien. Het vorderen van

het patiëntendossier is dan mogelijk met een beroep op de veronderstelde toestemming van de patiënt (het slachtoffer).

Ad d. Als een cliënt door een FACT-team wordt behandeld en/of begeleid, dan mag bepaalde informatie worden verstrekt aan de partner van de cliënt, ook al heeft de cliënt toestemming daarvoor geweigerd.

FACT is een afkorting voor 'Flexible Assertive Community Treatment'. Het is een werkwijze waarbij door een team van hulpverleners ambulante behandeling en begeleiding worden geboden. Een FACT-team bestaat meestal uit een psychiater, psycholoog, woonbegeleider, een verpleegkundig casemanager, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een ervaringsdeskundige, een trajectbegeleider en een maatschappelijk werker. Zij hebben allemaal een geheimhoudingsplicht.

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg heeft recentelijk (de uitspraak dateert van 12 januari 2017) beslist dat het beroepsgeheim, als de cliënt door een FACT-team wordt bijgestaan, niet strikt mag worden gehanteerd ten opzichte van de partner van de cliënt.

Een FACT-team werkt samen met de cliënt en met de personen in de directe omgeving van de cliënt. Vanwege deze werkwijze (en de – in de casus die aan de rechter werd voorgelegd toepasselijke – richtlijn bipolaire stoornissen) had de naaste omgeving van cliënt volgens het tuchtcollege bij de behandeling betrokken moeten worden. Onder naaste omgeving valt in ieder geval de echtgenoot en mantelzorger van de cliënt. Omdat de cliënt in deze zaak geen toestemming had gegeven, mocht geen medische informatie aan de partner verstrekt worden. Dat neemt niet weg dat met de partner gesproken had moeten worden over psycho-educatie, de werkwijze van het FACT-team, de wijze waarop het team kan worden bereikt, de manier waarop het team de informatie die de partner verstrekt gebruikt en de vraag wat de partner zelf nodig heeft om cliënt voldoende steun te kunnen geven. Die informatie kan in de meeste gevallen zonder schending van het medisch beroepsgeheim worden verstrekt, aldus het tuchtcollege. Het medisch beroepsgeheim strekt dus niet zo ver dat de cliënt de behandelaars kan verbieden contact te hebben met, in dit geval, haar partner.

Als een cliënt wel toestemming geeft, dan mag vanzelfsprekend alle informatie worden verstrekt (voor zover dat niet in strijd kan worden geacht met het goed hulpverlenerschap).

Ad e. Het Openbaar Ministerie heeft in beginsel geen recht om patiëntendossiers in beslag te nemen en in te zien. Dat is bepaald in artikel 98 van het Wetboek van Strafvordering. Aan dit verschoningsrecht ligt de opvatting van de wetgever ten grondslag dat het maatschappelijk belang dat eenieder zich vrijelijk om bijstand en advies tot een hulpverlener moet kunnen wenden, zwaarder weegt dan het maatschappelijk belang dat de waarheid in een juridische procedure aan het licht komt. Er kunnen zich echter zeer uitzonderlijke omstandigheden voordoen waarin het belang van de waarheid wel voorgaat op het verschoningsrecht. Hierbij wordt gelet op: de aard en de ernst van het strafbare feit waarvan de hulpverlener wordt verdacht, de aard en de inhoud van het materiaal dat onder het verschoningsrecht valt, in relatie tot het belang dat met het beroep op het verschoningsrecht wordt gediend, de mate waarin de betrokken belangen van de patiënt(en) worden geschaad als het verschoningsrecht wordt doorbroken. Zie ook de KNMG-handreiking 'Beroepsgeheim en politie/justitie'.

1.2 Verklaringen op verzoek van cliënt ten behoeve van gerechtelijke procedures

Een geneeskundige verklaring is een (schriftelijke) verklaring die door een hulpverlener is opgesteld, ten behoeve van een patiënt die onder behandeling van die arts staat of stond. Een geneeskundige verklaring bevat een op medische gegevens gebaseerd waardeoordeel over de patiënt en diens gezondheidstoestand. De verklaring dient een ander belang dan behandeling of begeleiding.

Mede op basis van tuchtrechtelijke uitspraken wordt het afgeven van geneeskundige verklaringen door een behandelaar afgeraden. De reden daarvoor is, dat het bij zo'n verklaring vaak om een belang van de cliënt gaat dat buiten de deskundigheid en verantwoordelijkheid van de hulpverlener ligt en een ander doel dient dan de behandeling of begeleiding. Ook is de hulpverlener vaak niet op de hoogte van de medische criteria waaraan de instantie die de verklaring nodig heeft, de verklaring toetst. Bovendien is de kans groot dat de vertrouwensrelatie met de cliënt in gevaar komt. De behandelrelatie dient vrij te blijven van belangenconflicten, die mogelijk kunnen spelen bij het al dan niet afgeven van een geneeskundige verklaring. Het geven van een waardeoordeel dat een ander

doel dient dan behandeling of begeleiding, moet gebeuren door een onafhankelijke arts die deskundig is op het gebied van de vraagstelling.

Een diagnose wordt niet gezien als een waardeoordeel. Dat geldt ook voor een met medische feiten onderbouwde prognose met een behandeldoel. In het algemeen geldt dat een behandelaar alleen gegevens mag verstrekken als de cliënt daar gerichte, schriftelijke toestemming voor heeft gegeven en de gegevensverstrekking zich beperkt tot antwoorden op een specifieke vraagstelling en tot uitsluitend relevante, feitelijke informatie.

RTG Den Haag 6 december 2016, ECLI:NL:TGZRSGR:2016:125:

Het is vaste jurisprudentie van de tuchtcolleges dat de psycholoog zich zeer terughoudend dient op te stellen bij het afgeven van een verklaring waarvan hij of zij weet dat deze in een juridische procedure kan worden gebruikt. Het is duidelijk dat verweerder zich met zijn brief aan de advocaat van zijn cliënte heeft gemengd in de juridische procedure tussen zijn cliënte en klager over de omgang met de kinderen. In elk geval moet de psycholoog zich onthouden van verklaringen of suggesties met betrekking tot anderen dan zijn cliënt. Verweerder heeft in zijn verklaring een oordeel gegeven over een ander dan zijn cliënte (namelijk klager), die hij bovendien niet had gesproken, terwijl hij de kinderen om wie het ging ook niet zelf had gesproken. De verklaring was voorts voorzienbaar schadelijk voor klager als vader en mede daardoor ook voor de kinderen. Als hij zich in een conflict van plichten had bevonden en meende iets te moeten doen ter bescherming van de kinderen, stonden er andere wegen open dan zich met een verklaring met deze inhoud op basis van eenzijdige informatie in de juridische strijd tussen de ouders te mengen.

Het College acht een berisping een passender maatregel dan een waarschuwing, omdat het hier gaat om een basale fout met mogelijk zeer schadelijke gevolgen, waaromtrent een duidelijke norm bekend is en klager lang heeft volgehouden dat hij toch juist had gehandeld.

1.3 Blokkeringsrecht bij rapporten

Het blokkeringsrecht geeft iemand het recht om als eerste kennis te nemen van de uitslag en de conclusies van het medisch onderzoek en om te beslissen of daarvan mededeling aan anderen mag worden gedaan. Het blokkeringsrecht staat in de WGBO (en diverse gedragsregels).

Artikel 7:464 BW:

(...) 2. Betreft het handelingen als omschreven in artikel 446 lid 4, dan: (...)

b. wordt de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen. Indien die wens is geuit en de handelingen niet worden verricht in verband met een tot stand gekomen arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe de betrokkene reeds is toegelaten, wordt bedoelde persoon tevens in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij van de uitslag en de gevolgtrekking als eerste kennis wenst te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.

Artikel 7:446 lid 4 BW luidt:

Geen behandelingsovereenkomst is aanwezig, indien het betreft handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon, verricht in opdracht van een ander dan die persoon in verband met de vaststelling van aanspraken of verplichtingen, de toelating tot een verzekering of voorziening, of de beoordeling van de geschiktheid voor een opleiding, een arbeidsverhouding of de uitvoering van bepaalde werkzaamheden.

Het blokkeringsrecht is niet van toepassing:

- *GZ-psycholoog heeft in opdracht van de officier van justitie als vast gerechtelijk deskundige een psychologisch onderzoek in gesteld naar de persoon van klager. CTG 20 december 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:382.*

- Een psychiater wordt door een bedrijfsarts ter beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van een werknemer psychologisch onderzoek te doen. CTG 12 januari 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:31.
- Een instelling verzoekt een psychiater als partijdeskundige onderzoek te doen en te rapporteren in verband met een aansprakelijkstelling van de instelling en wel op basis van voorhanden zijnde medische informatie, zonder dat de psychiater een aanvullend onderzoek bij de cliënt heeft uitgevoerd. Zie RTG Groningen 21 juli 2015, ECLI:NL:TGZRGRO:2015:45.

Het blokkeringsrecht is wel van toepassing:

- Psychiater heeft in verband met een vorderingsprocedure als bedoeld in de artikelen 130-134a van de Wegenverkeerswet bij verweerder een keuringsonderzoek naar zijn alcoholgebruik ondergaan. RTG Zwolle, 15 april 2016, ECLI:NL:TGZRZWO:2016:43.

1.4 Beroepsgeheim bij controles door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars mogen (en moeten zelfs) controleren op de rechtmatigheid en doelmatigheid van geleverde zorg volgens de verplichte en aanvullende zorgverzekeringen en voor Wlz-zorg. Bij 'materiële controle' controleert een zorgverzekeraar of een zorgaanbieder een gedeclareerde prestatie wel daadwerkelijk heeft geleverd (rechtmatigheid) en of die prestatie de meest aangewezen was (doelmatigheid). Voor deze controle mag de zorgverzekeraar alleen als ultimum remedium en onder voorwaarden gebruikmaken van tot patiënten herleidbare medische gegevens.

De wettelijke basis voor de controle in het kader van de Zorgverzekeringswet (de Wet Langdurige Zorg heeft eigen regels) is: de Wet Marktordening Gezondheidszorg (artikel 35), de Zorgverzekeringswet (artikel 87), de Regeling zorgverzekering (hoofdstuk 7), de Nadere regel controle en administratie zorgverzekeraars (vastgesteld door de NZa) en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en meer in het bijzonder het Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland.

De wettelijke basis voor schenden beroepsgeheim zorgaanbieder jegens zorgverzekeraar is: artikel 68a Wmg, artikel 87 Zvw en artikel 88 Zvw.

Artikel 68a lid 1 WMG luidt:

Een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg heeft verleend, en die daarvoor krachtens een door hem met de ziektekostenverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks een tarief bij die ziektekostenverzekeraar in rekening brengt, verstrekt die ziektekostenverzekeraar of een door die ziektekostenverzekeraar aangewezen persoon de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de ziektekostenverzekering of van de wet, dan wel stelt hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.

Artikel 87 Zvw luidt:

1. Een zorgaanbieder die aan een verzekerde zorg of andere diensten, bedoeld in artikel 11, heeft verleend, en die de kosten daarvan krachtens een door hem met de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst rechtstreeks bij die zorgverzekeraar in rekening brengt, verstrekt die zorgverzekeraar of een door die zorgverzekeraar aangewezen persoon de persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet, dan wel stelt hem deze gegevens voor dit doel voor inzage of het nemen van afschrift ter beschikking.

(...)

6. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald:

a. tot welke gegevens de verplichting, bedoeld in het eerste of tweede lid, zich in ieder geval uitstrekt;

- b. op welke wijze gegevens, bedoeld in het eerste of tweede lid, worden verwerkt;*
- c. volgens welke technische standaarden gegevensverwerking plaatsvindt;*
- d. aan welke beveiligingseisen gegevensverwerking voldoet;*
- e. in welke gevallen gegevens, bedoeld in het eerste of tweede lid, verder worden verwerkt met het oog op de uitvoering van de zorgverzekering of een aanvullende ziektekostenverzekering, voor zover deze gegevens niet worden gebruikt voor het beoordelen en accepteren van een aspirant-verzekerde voor een aanvullende verzekering en bovendien noodzakelijk zijn voor:*
 - 1°. de betaling aan een zorgaanbieder of de vergoeding van zorgkosten aan een verzekerde;*
 - 2°. de vaststelling van eigen bijdragen of nog openstaand verplicht of vrijwillig eigen risico;*
 - 3°. het uitoefenen van het verhaalsrecht; of*
 - 4°. het verrichten van controle of fraudeonderzoek.*

Artikel 88 Zvw luidt:

- 1. Een ieder verstrekt op verzoek aan de zorgverzekeraars, het Zorginstituut, de zorgautoriteit, Onze Minister, de rijksbelastingdienst, het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen, de Sociale verzekeringsbank, het college van burgemeester en wethouders, of aan een daartoe door of vanwege een van deze zorgverzekeraars of instanties aangewezen persoon kosteloos alle inlichtingen en gegevens, waaronder persoonsgegevens als bedoeld in de Wet bescherming persoonsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of van deze wet.*
- 2. De in het eerste lid bedoelde gegevens en inlichtingen worden op verzoek verstrekt in schriftelijke vorm of in een andere vorm die redelijkerwijs kan worden verlangd, binnen een termijn die schriftelijk wordt gesteld bij het in het eerste lid bedoelde verzoek.*
- 3. Een ieder geeft op verzoek van een rechtspersoon als bedoeld in het eerste lid, inzage in alle bescheiden en andere gegevensdragers, stelt deze op verzoek ter beschikking voor het nemen van afschrift en verleent de terzake verlangde medewerking, voor zover dit noodzakelijk is voor de uitvoering van deze wet door de desbetreffende zorgverzekeraars of instanties.*
- 4. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot het eerste, tweede of derde lid.*

Een zorgverzekeraar mag de controle niet beginnen met het opvragen van medische gegevens bij een zorgverlener. De verzekeraar moet eerst een aantal (andere) stappen doorlopen.

De zorgverzekeraar moet eerst een algemene risico-analyse uitvoeren op basis van gegevens waarover zij al beschikt (art. 7.6 lid 1 Rz). Een algemene risicoanalyse is een analyse die erop is gericht te bepalen op welke gegevens de materiële controle of het fraudeonderzoek zich zal richten.

De zorgverzekeraar moet bovendien eerst (voordat met de uitvoering van de materiele controle wordt gestart) het doel van de materiele controle vaststellen (door te bepalen wanneer voldoende zekerheid is verkregen dat de in rekening gebrachte prestatie is geleverd en/of die prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de patiënt) (art. 7.5 lid 1 Rz).

Ook moet de zorgverzekeraar eerst (voordat met de uitvoering van de materiele controle wordt gestart) een algemeen controleplan vaststellen (hierin moeten de objecten van de materiele controle en de in te zetten controle-instrumenten worden opgenomen) (art. 7.6 lid 2 Rz). Het controle-instrument detailcontrole mag geen onderdeel uitmaken van het algemene controleplan (art. 7.6 lid 3 Rz).

Bij de uitvoering van de materiele controle mag de zorgverzekeraar (met gebruikmaking van de persoonsgegevens waarover zij al beschikt) wel enquêteformulieren naar verzekerden zenden (art. 7.5 lid 3 Rz).

Nadat de algemene controle is uitgevoerd en het controledoel niet is bereikt, danwel van een ander dan de zorgverzekeraar afkomstige aanwijzing bestaat waaruit blijkt dat er sprake is van onvoldoende zekerheid, dient de zorgverzekeraar een specifieke risico-analyse uit te voeren (art. 7.8 lid 1 jo art. 7.6 lid 4 Rz). Een specifieke risicoanalyse is een analyse die erop is gericht te bepalen op welke gegevens en op welke zorgaanbieders of categorieën van zorgaanbieders de detailcontrole zich zal richten.

Naar aanleiding van een specifieke risico-analyse dient de zorgverzekeraar een specifiek controleplan en een specifiek controledoel (waarin de objecten van materiele controle en de methoden van detailcontrole zijn opgenomen) op te stellen (art. 7.8 lid 1 Rz). Dit is niet nodig als verzekerde toestemming heeft gegeven (art. 7.8 lid 3 Rz).

Detailcontrole is onderzoek door de zorgverzekeraar naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle of fraudeonderzoek. Detailcontrole moet nodig zijn gelet op het doel en de zorgverzekeraar moet de zorgaanbieder hierover informeren (art. 7.8 lid 1 Rz). De uitvoering van de detailcontrole dient onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur te gebeuren (art. 7.8 lid 2 Rz).

Zorgverzekeraars mogen van GGZ-patiënten met een privacy-verklaring geen diagnose uit een verwijsbrief en behandelplannen opvragen als het gaat om formele controle (wel bij materiele controle). Van GGZ-patiënten zonder privacyverklaring mag wel een DBC worden opgevraagd. Zie artt. 7.2a, 7.2b en 7.2c Rz.

Het begrip detailcontrole is aan de orde indien medische gegevens waarover de zorgaanbieder beschikt worden opgevraagd of ingezien. Onder detailcontroles worden onder andere de volgende activiteiten gerekend:

- aselechte steekproef en het opvragen van extra informatie bij de zorgaanbieder;
- het controleren van de afsprakenagenda;
- opvragen van recepten;
- het opvragen van informatie bij verzekerden bijvoorbeeld door het houden van enquêtes en/of het versturen van schade-/consumptieoverzichten;
- het oproepen van verzekerden voorafgaand aan een behandeling of na afloop ervan;
- dossieronderzoek.

Bij fraude-onderzoek gelden dezelfde regels als bij de materiele en formele controle, maar mag de zorgverzekeraar daarnaast met betrekking tot een individuele verzekerde detailcontrole uitvoeren zonder dat de eerder genoemde voorwaarden van toepassing zijn, indien deze verzekerde ten behoeve van het fraudeonderzoek schriftelijk toestemming heeft gegeven voor verstrekking van persoonsgegevens betreffende diens gezondheid aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar verwerkt bij de detailcontrole niet meer gegevens dan gelet op het onderzoeksdoel en de omstandigheden van het geval noodzakelijk is (artikel 7.10 lid 2 RZ).

1.5 Beroepsgeheim bij onderzoeken door IGZ en NZa

Zorgaanbieders zijn verplicht calamiteiten en geweld in een zorgrelatie aan IGZ te melden, ook al schenden zij daarmee hun geheimhoudingsplicht (wettelijke uitzondering). Onder calamiteit wordt

verstaan: een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of tot een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid. Onder geweld in de zorgrelatie wordt verstaan: seksueel binnendringen van het lichaam van een cliënt, ontucht met een cliënt of geweld jegens een cliënt, gepleegd door iemand die in dienst of in opdracht van een instelling of van een opdrachtnemer van een instelling werkzaam is, dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of een dagdeel in een accommodatie van een instelling verblijft

Als sprake is van een verplichte melding in de zin van de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg, dan moet de zorgaanbieder en de betrokken zorgverleners aan een onderzoek door IGZ meewerken en ook alle gegevens verstrekken die voor het onderzoek noodzakelijk zijn.

Artikel 8.6 Uitvoeringsregeling WKKGZ

- 1. De betrokken zorgaanbieder en de betrokken zorgverleners verstrekken na een verplichte melding desgevraagd aan de Inspectie alle gegevens die voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn.*
- 2. Tot de gegevens, bedoeld in het eerste lid, behoren persoonsgegevens en, indien de Inspectie zulks onder opgave van redenen verzoekt, gegevens betreffende de gezondheid en andere bijzondere persoonsgegevens van de bij de gemelde feiten betrokken cliënt of cliënten en de betrokken zorgverleners.*

De meldplicht bestaat bij:

- a. Calamiteiten en geweld in de zorgrelatie (art. 11 lid 1 Wkkgz, zie ook artt. 8.1 t/m 8.4 Uitvoeringsbesluit Wkkgz).
- b. Bij opzegging, ontbinding of niet-voortzetting van een overeenkomst met een zorgverlener vanwege ernstig tekort schieten (art. 11 lid 1 Wkkgz).

Voor andere dan niet verplichte meldingen geldt de volgende regel.

Artikel 8.19 Uitvoeringsregeling WKKGZ:

- 1. De betrokken zorgaanbieder en de betrokken zorgverleners verstrekken desgevraagd aan de Inspectie alle gegevens die voor het onderzoeken van de andere melding noodzakelijk zijn.*
- 2. Tot de gegevens, bedoeld in het eerste lid, behoren persoonsgegevens van de bij de gemelde feiten betrokken cliënt of cliënten en de betrokken zorgverleners.*

IGZ mag ook dossiers van cliënten inzien voor zover dat noodzakelijk is voor het onderzoek (artikel 24 WKKGZ).

Zorgaanbieder (ook bijvoorbeeld een psychologenpraktijk bestaande uit een of twee psychologen) zijn overigens verplicht schriftelijk een interne procedure vast te stellen, waarin wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten. De zorgaanbieder moet zijn medewerkers ook daarover informeren. Voor een medewerker geldt dat hij kan worden verplicht om informatie te verstrekken. Hij schendt zijn geheimhoudingsplicht niet als hij gegevens verstrekt aan de onderzoeker van het incident.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is onder meer belast met markttoezicht, marktontwikkelingen, tarief- en prestatieregulering en met toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg (Wlz). De NZa kan in het kader van die taken toezicht houden op zorgaanbieders.

In sommige gevallen is de zorgaanbieder daarbij verplicht om op verzoek bepaalde gegevens aan de NZa en de FIOD-ECD te verstrekken. Het kan hier gaan om identificerende gegevens die hemzelf betreffen, om andere identificerende persoonsgegevens en om medische persoonsgegevens van patiënten. In de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is daarvoor een wettelijke uitzondering op het beroepsgeheim opgenomen.

Artikel 66 WMG luidt:

1. *Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars zijn verplicht op verzoek henzelf betreffende identificerende gegevens alsmede, met inachtneming van het bepaalde krachtens artikel 65, de in artikel 60 bedoelde identificerende persoonsgegevens en medische persoonsgegevens aan de zorgautoriteit en de FIOD-ECD te verstrekken ten behoeve van het toezicht op de naleving en de handhaving van de artikelen 35, 36 en 38, waaronder begrepen de uitvoering van de Wet op de economische delicten.*
2. *Zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars zijn niet verplicht op verzoek medische persoonsgegevens te verstrekken ten behoeve van de uitvoering van een verplichting die het eerste lid oplegt aan anderen.*
3. *Het eerste lid is mede van toepassing op degene bedoeld in artikel 44.*

De NZa en de FIOD kunnen om deze gegevens vragen in het kader van toezicht op het verbod om andere dan rechtsgeldige tarieven in rekening te brengen (artikel 35 Wmg) en op het voeren van een correcte administratie (artikel 36 Wmg). Ook kunnen ze hierom vragen bij de controle op de verplichting van de zorgaanbieder om patiënten tijdig en zorgvuldig te informeren over de kosten die voor een bepaalde prestatie in rekening worden gebracht (artikel 38 Wmg). De gegevens kunnen ook worden gevraagd in het kader van de uitvoering van de Wet op de economische delicten. De NZa moet bij het vorderen van gegevens de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit in acht nemen. Dit betekent onder meer dat de NZa de betreffende gegevens alleen mag opvragen voor zover dat redelijkerwijs noodzakelijk is voor het doel waarvoor ze worden opgevraagd. Bovendien mogen alleen de relevante gegevens worden opgevraagd.

Hoofdstuk 2: Dossierplicht en toestemming ouders bij minderjarige kinderen

2.1 Verplichte inhoud dossier

Een dossier moet het volgende bevatten:

- a. Gegevens over de gezondheid van de cliënt (WGBO).
- b. Gegevens over de uitgevoerde verrichtingen (WGBO).
- c. Behandelplan en evaluaties (jurisprudentie)
- d. Verklaringen van de cliënt (WGBO).
- e. Gegevens over een incident (WKKGZ).
- f. Gegevens over regiebehandelaar (Kwaliteitsstatuut)
- g. Besluit Patientendossier BOPZ

Ad a, b en d. De WGBO bepaalt (in artikel 7:454 BW) het volgende:

1. *De hulpverlener richt een dossier in met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Hij houdt in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is.*
2. *De hulpverlener voegt desgevraagd een door de patiënt afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken aan het dossier toe.*

Ad c. Een van de tuchtrechtelijke uitspraken over een gebrekkig dossier is die van het RTG van 9 april 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:124:

Het college stelt vast dat uit het zeer summiere dossier van verweerder over de behandeling van klagster niet blijkt van enig diagnostisch onderzoek gericht op een mogelijk toe te passen behandellijn. Uit de overgelegde gegevens kan niet afgeleid worden op basis van welke gegevens en overwegingen verweerder heeft gekozen voor de behandeling van klagster met EMDR vanaf maart 2009. Ten aanzien van het kennelijk vanaf juni 2009 aangevangen "onderhoudscontact" zijn in het medisch dossier helemaal geen gegevens genoteerd en kan dan ook niet controleerbaar vastgesteld worden op grond van welke overwegingen verweerder daartoe heeft besloten. Uit hetgeen verweerder hierover in de loop van deze procedure heeft verklaard blijkt dat hij kennelijk vond dat een psychologische behandeling van klagster niet langer nodig was, maar hij heeft vanaf dat moment wel behandelingen gegeven die hij heeft gedeclareerd als "eerstelijns psychologische zorg (o.a. EMDR)". Verder ontbreekt in de beschikbare gegevens een duidelijke werkhypothese van verweerder en een evaluatie daarvan na een aantal behandelingen. Ten slotte heeft het college geconstateerd dat

verweerder geen behandelplan heeft opgesteld voor de behandeling van klaagster en ook geen behandelingsovereenkomst met haar heeft gesloten.

Ad e. De WKKGZ bepaalt (in artikel 10) het volgende:

(...)

3. *De zorgaanbieder doet aan een cliënt, alsmede een vertegenwoordiger van de cliënt dan wel een nabestaande van de overleden cliënt, onverwijld mededeling van de aard en toedracht van incidenten bij de zorgverlening aan de cliënt die voor de cliënt merkbare gevolgen hebben of kunnen hebben en maakt van de aard en toedracht van incidenten aantekening in het dossier van de cliënt. Tevens wordt aantekening gemaakt van het tijdstip waarop het incident heeft plaatsgevonden en de namen van de betrokkenen bij het incident. Daarbij licht de zorgaanbieder de cliënt tevens in over de mogelijkheden om de gevolgen van het incident weg te nemen of te beperken.*

Ad f. In het Kwaliteitsstatuut staat (op pagina 11): "Bij wisseling van regiebehandelaarschap is de overdragende regiebehandelaar verantwoordelijk voor een goede overdracht van alle gemaakte afspraken en legt deze vast in het dossier."

In de Beleidsregel TH/BR-012 (Transparantie zorgaanbieders) staat dat cliënten moeten worden geïnformeerd over onder meer tarieven, eigen bijdragen en of iets onder een verzekering valt. Om te kunnen bewijzen dat u die informatie heeft gegeven is het goed om dat in het dossier aan te tekenen.

Ad g. De BOPZ geeft speciale regels voor een dossier (zie ook Besluit Patiëntendossier BOPZ).

Artikel 56 BOPZ

1. De geneesheer-directeur draagt zorg dat in het patiëntendossier van een persoon die met toepassing van hoofdstuk II §§ 1 tot en met 4 in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, aantekening wordt gehouden van:
 - a. het op grond van artikel 38 of artikel 38a opgestelde behandelingsplan;
 - b. de voortgang per maand in de uitvoering van dit plan;
 - c. de medewerking van betrokkene aan de uitvoering van dit plan;
 - d. indien over een behandelingsplan geen overeenstemming is bereikt, de reden daarvoor alsmede het daartoe door de voor de behandeling verantwoordelijke persoon gedane voorstel of de daartoe gedane voorstellen;
 - e. indien artikel 38, vijfde lid, derde volzin, of artikel 38c, eerste lid toepassing heeft gevonden, de behandeling die is toegepast, en de redenen die hiertoe hebben geleid;
 - f. de toepassing van artikel 39 ten aanzien van betrokkene en de redenen die hiertoe hebben geleid.
2. De geneesheer-directeur draagt voorts zorg dat in het patiëntendossier aantekening wordt gehouden van:
 - a. andere beslissingen als bedoeld in de hoofdstukken III en IV en de gronden waarop deze beslissingen zijn genomen;
 - b. de ontvangen afschriften van rechterlijke beslissingen en uittreksels daaruit alsmede de afschriften van beschikkingen van de burgemeester als bedoeld in hoofdstuk II, § 3;
 - c. ontvangen of afgegeven geneeskundige verklaringen als bedoeld in de artikelen 5, eerste lid, 16, eerste lid, 20, zevende lid, en 33, derde lid.
4. De in het tweede lid, onder b, bedoelde afschriften en uittreksels, alsmede afschriften van de in het tweede lid, onder c, bedoelde verklaringen worden bij het desbetreffende patiëntendossier bewaard gedurende ten minste vijf jaren na de dagtekening van de

beschikking, doch ten hoogste tot na verloop van vijf jaren na het einde van het verblijf van de betrokkene in het ziekenhuis, en vervolgens vernietigd. Bij het desbetreffende patiëntendossier wordt voorts een afschrift bewaard van het bewijs van ontvangst dat aan de patiënt overeenkomstig artikel 20, zesde lid, 36, vierde lid en 66, vierde lid, is afgegeven.

5. Bij algemene maatregel van bestuur worden in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer regels gegeven met betrekking tot de termijn gedurende welke de in het dossier opgenomen gegevens worden bewaard en met betrekking tot de overdracht van het dossier aan derden.
6. Het bijhouden van het patiëntendossier geschiedt met het oog op de kwaliteit van de individuele hulpverlening en op de rechtspositie van de patiënt en zijn vertegenwoordigers.

2.2 Inzage – en vernietigingsrecht

Inzagerecht (recht op inzage in een dossier) hebben:

- a. De patiënt
- b. Wettelijke vertegenwoordigers
- c. Collegae
- d. IGZ
- e. Nza

Ad a, b en c. Bij inzage van de cliënt in een dossier, moet wel worden opgelet dat dat niet gegevens betreft die anderen betreffen. Bijvoorbeeld een brief van een partner van de cliënt over die cliënt. Die brief mag de cliënt dan niet zien. De cliënt heeft ook geen recht op inzage in persoonlijke werkaantekeningen.

Artikel 7: 457 BW:

1. *Onverminderd het in artikel 448 lid 3, tweede volzin, bepaalde draagt de hulpverlener zorg, dat aan anderen dan de patiënt geen inlichtingen over de patiënt dan wel inzage_ in of afschrift van de bescheiden, bedoeld in artikel 454, worden verstrekt dan met toestemming van de patiënt. Indien verstrekking plaatsvindt, geschiedt deze slechts voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van een ander niet wordt geschaad. De verstrekking kan geschieden zonder inachtneming van de beperkingen, bedoeld in de voorgaande volzinnen, indien het bij of krachtens de wet bepaalde daartoe verplicht.*
2. *Onder anderen dan de patiënt zijn niet begrepen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst en degene die optreedt als vervanger van de hulpverlener, voor zover de verstrekking noodzakelijk is voor de door hen in dat kader te verrichten werkzaamheden.*
3. *Daaronder zijn evenmin begrepen degenen wier toestemming ter zake van de uitvoering van de behandelingsovereenkomst op grond van de artikelen 450 en 465 is vereist. Indien de hulpverlener door inlichtingen over de patiënt dan wel inzage in of afschrift van de bescheiden te verstrekken niet geacht kan worden de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen, laat hij zulks achterwege.*

IGZ heeft een toezichthoudende functie en mag op grond van diverse wetten dossiers inzien. Bijvoorbeeld als het onderzoek doet naar aanleiding van een calamiteit of een andere verplichte melding.

Artikel 24 WKKGZ:

4. *De in het eerste lid bedoelde ambtenaren zijn, voor zover dat voor de vervulling van hun taak noodzakelijk is en in afwijking van artikel 5:20, tweede lid, van de Algemene wet bestuursrecht, bevoegd tot inzage van de dossiers van cliënten. Voor zover de betrokken zorgverlener uit hoofde van zijn beroep tot geheimhouding van het dossier verplicht is, geldt gelijke verplichting voor de betrokken ambtenaar.*

Artikel 63 BOPZ:

3. *Het bestuur van een ziekenhuis, al dan niet een psychiatrisch ziekenhuis zijnde, de daaraan verbonden geneeskundigen alsmede alle anderen die een persoon die gestoord is in zijn geestvermogens, behandelen, verplegen of verzorgen, geven aan*

de genoemde ambtenaren alle door hen verlangde inlichtingen, voor zover dit redelijkerwijs voor de vervulling van hun in het eerste lid bedoelde taak nodig is.

4. *Het bestuur van een ziekenhuis, al dan niet een psychiatrisch ziekenhuis zijnde, alsmede het bestuur van elke organisatie waardoor personen die gestoord zijn in hun geestvermogens worden gehuisvest, onderzocht of behandeld, verlenen aan de genoemde ambtenaren inzage van de patiëntendossiers.*

Zie over de geheimhoudingsplicht jegens zorgverzekeraars en de NZa: paragrafen 1.4 en 1.5.

Als een cliënt om vernietiging van het dossier vraagt, moet in de regel aan dit verzoek worden voldaan.

Artikel 7:455 BW:

1. *De hulpverlener vernietigt de door hem bewaarde bescheiden, bedoeld in artikel 454, binnen drie maanden na een daartoe strekkend verzoek van de patiënt.*
2. *Lid 1 geldt niet voor zover het verzoek bescheiden betreft waarvan redelijkerwijs aannemelijk is dat de bewaring van aanmerkelijk belang is voor een ander dan de patiënt, alsmede voor zover het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet.*

2.3 Bewaartermijn en datalekken

Een dossier moet in beginsel 15 jaar worden bewaard.

Artikel 7:454 lid 4 BW:

Onverminderd het bepaalde in artikel 455, bewaart de hulpverlener de bescheiden, bedoeld in de vorige leden, gedurende vijftien jaren, te rekenen vanaf het tijdstip waarop zij zijn vervaardigd, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Bij keuringen hoeven rapporten niet langer te worden bewaard dan nodig is in verband met het doel van het onderzoek (artikel 7:464 BW).

Het Besluit Patiëntendossier BOPZ geeft een speciale regeling in artikel 2:

1. Er wordt een dossier ingericht met betrekking tot de behandeling van de patiënt, waarbij in ieder geval de volgende gegevens worden vastgelegd:
 - a. de gegevens, bedoeld in artikel 56, eerste en tweede lid, van de wet;
 - b. de opname- en ontslaggegevens;
 - c. rapporten uitgebracht door of aan de inrichting betreffende de ten uitvoerlegging van de opgelegde maatregel van ter beschikkingstelling;
 - d. adviezen en aantekeningen, als bedoeld in artikel 509o, tweede lid, van het Wetboek van Strafvordering;
 - e. de gegevens, bedoeld in artikel 454, eerste en tweede lid, van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek.
2. De bescheiden, bedoeld in het eerste lid, worden, onverminderd artikel 56, derde lid, van de wet, bewaard gedurende vijf jaren te rekenen vanaf het tijdstip waarop de behandeling in het kader van de wet, de plaatsing in het ziekenhuis, dan wel de ter beschikkingstelling, is beëindigd of zo veel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

Sinds 1 januari 2016 geldt de meldplicht datalekken. Deze meldplicht houdt in dat organisaties een melding moeten doen bij de Autoriteit Persoonsgegevens zodra zij een ernstig datalek hebben. Soms moeten zij het datalek ook melden aan de betrokkenen (de mensen van wie de persoonsgegevens zijn gelekt). Voorbeelden van datalekken zijn: een kwijtgeraakte USB-stick met persoonsgegevens, een gestolen laptop en een inbraak in een databestand door een hacker.

De meldplicht datalekken komt voort uit Europese regelgeving en is opgenomen in de Wet Bescherming Persoonsgegevens (Wbp). Organisaties die een datalek willen melden kunnen dat doen via het meldloket datalekken van de Autoriteit Persoonsgegevens. De meldingen moeten onverwijld na de ontdekking worden gedaan, maar in ieder geval binnen 72 uur.

De meldplicht richt zich tot de zogenaamde verantwoordelijke. De verantwoordelijke is degene die, alleen of samen met anderen, "het doel van en de middelen voor de verwerking van persoonsgegevens vaststelt". Alle zorgaanbieders (instellingen, praktijken en solistisch werkende zorgverleners) zijn een verantwoordelijke in de zin van de Wbp.

Bij een datalek gaat het om toegang tot of vernietiging, wijziging of vrijkomen van persoonsgegevens zonder dat dit de bedoeling was. Bij een datalek zijn de persoonsgegevens blootgesteld aan verlies of onrechtmatige verwerking. Verlies houdt in dat de verantwoordelijke de persoonsgegevens niet meer heeft; bij het beveiligingsincident zijn de persoonsgegevens verloren gegaan en er bestaat geen complete en actuele reservekopie.

Voorbeelden van gebeurtenissen die (volgens de Beleidsregels van de Autoriteit Persoonsgegevens) niet onder de meldplicht vallen, zijn:

- Een brief met daarin persoonsgegevens wordt naar een fout adres gezonden en ongeopend retour gezonden.
- Iemand laat een koffer met daarin persoonsgegevens achter in de trein. De koffer is voorzien van een deugdelijk slot en komt via 'gevonden voorwerpen' ongeopend terug.
- Ziekenhuispersoneel maakt gebruik van het wachtwoord van een arts om toegang te krijgen tot medische persoonsgegevens.

Een datalek moet worden gemeld aan de Autoriteit Persoonsgegevens als het leidt tot (een aanzienlijke kans op) ernstige nadelige gevolgen voor de bescherming van persoonsgegevens. Het datalek moet daarnaast ook worden gemeld aan de betrokkene indien het waarschijnlijk ongunstige gevolgen zal hebben voor diens persoonlijke levenssfeer. Als er persoonsgegevens van gevoelige aard zijn gelekt, dan is over het algemeen een melding noodzakelijk. Bij persoonsgegevens van gevoelige aard moet u denken aan:

- *Bijzondere persoonsgegevens zoals bedoeld in de Wbp.* Het gaat hierbij om persoonsgegevens over iemands godsdienst of levensovertuiging, ras, politieke gezindheid, gezondheid, seksuele leven, lidmaatschap van een vakvereniging en om strafrechtelijke persoonsgegevens en persoonsgegevens over onrechtmatig of hinderlijk gedrag in verband met een opgelegd verbod naar aanleiding van dat gedrag.
- *Gegevens over de financiële of economische situatie van de betrokkene.* Hieronder vallen bijvoorbeeld gegevens over (problematische) schulden, salaris- en betalingsgegevens.
- *(Andere) gegevens die kunnen leiden tot stigmatisering of uitsluiting van de betrokkene.* Hieronder vallen bijvoorbeeld gegevens over gokverslaving en relatieproblemen.

Als er persoonsgegevens van gevoelige aard (zoals gezondheidsgegevens) zijn gelekt, dan kunt u er van uit gaan dat u het datalek ook aan de betrokkene moet melden. In de kennisgeving aan de betrokkene moet in ieder geval worden vermeld: de aard van de inbreuk, de instanties waar de betrokkene meer informatie over de inbreuk kan krijgen en de maatregelen die de verantwoordelijke aan de betrokkene aanbeveelt om te nemen om de negatieve gevolgen van de inbreuk te beperken.

Op grond van de Wbp mag van de melding aan de betrokkene worden afgezien voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de betrokkene. Een voorbeeld hiervan is als gegevens zijn gelekt over medische en psychosociale hulpvragen die kinderen buiten medeweten van hun ouders hebben gedaan. De verantwoordelijke meldt het datalek dan aan de Autoriteit Persoonsgegevens, maar beroept zich op artikel 43 sub e Wbp. De (rechtsgeldige) reden is dat de ouders door de melding op de hoogte zouden kunnen raken van de hulpvraag.

De verantwoordelijke moet een overzicht bijhouden van alle datalekken die onder de meldplicht vallen. Per datalek bevat het overzicht in ieder geval feiten en gegevens omtrent de aard van de inbreuk. Als het datalek is gemeld aan de betrokkene, dan moet ook de tekst van de kennisgeving in het overzicht worden opgenomen. De wet schrijft niet voor hoe lang het overzicht moet worden bewaard. In de

beleidsregel staat: "Ga uit van een bewaartermijn van minimaal een jaar. In bepaalde gevallen kan het nodig zijn om een langere bewaartermijn te hanteren."

De ontvangen datalek meldingen stellen de Autoriteit Persoonsgegevens in staat om erop toe te zien dat betrokkenen worden geïnformeerd. Als het datalek niet is gemeld aan de betrokkene kan de Autoriteit Persoonsgegevens van de verantwoordelijke verlangen dat alsnog een kennisgeving wordt gedaan. Dit staat gelijk aan een bindende aanwijzing, waarbij niet-nakomen kan worden bestraft met een bestuurlijke boete.

Bij overtreding van de meldplicht datalekken kan de Autoriteit Persoonsgegevens een bestuurlijke boete opleggen. Deze bestuurlijke boete bedraagt maximaal 820.000 Euro (kan in 2018 worden opgehoogd). Als de overtreding niet opzettelijk is gepleegd en er geen sprake is van ernstig verwijtbare nalatigheid, dan zal de Autoriteit Persoonsgegevens eerst een bindende aanwijzing opleggen.

2.4 Toestemmingsrecht van ouders bij minderjarige cliënten

Bij kinderen tot 12 jaar moeten de ouders met ouderlijk gezag toestemming voor een behandeling geven. Bij 12 tot 16 jarigen geldt het vereiste van de dubbele toestemming. Er zijn twee uitzonderingen (toestemming van de ouder is niet nodig, dat van het kind wel): 1. als het kind de behandeling weloverwogen blijft wensen en 2. als niet behandelen kennelijk ernstig nadeel zou opleveren. Bij 16 jaar en ouder beslist de minderjarige zelf.

Artikel 7:450 BW

1. *Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist.*
2. *Indien de patiënt minderjarig is en de leeftijd van twaalf maar nog niet die van zestien jaren heeft bereikt, is tevens de toestemming van de ouders die het gezag over hem uitoefenen of van zijn voogd vereist. De verrichting kan evenwel zonder de toestemming van de ouders of de voogd worden uitgevoerd, indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen, alsmede indien de patiënt ook na de weigering van de toestemming, de verrichting weloverwogen blijft wensen.*
3. *In het geval waarin een patiënt van zestien jaren of ouder niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, worden door de hulpverlener en een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 van artikel 465, de kennelijke opvattingen van de patiënt, geuit in schriftelijke vorm toen deze tot bedoelde redelijke waardering nog in staat was en inhoudende een weigering van toestemming als bedoeld in lid 1, opgevolgd. De hulpverlener kan hiervan afwijken indien hij daartoe gegronde redenen aanwezig acht.*

Artikel 7:465 BW:

- a. *De verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien worden, indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren nog niet heeft bereikt, door de hulpverlener nagekomen jegens de ouders die het gezag over de patiënt uitoefenen dan wel jegens zijn voogd.*
- b. *Hetzelfde geldt indien de patiënt de leeftijd van twaalf jaren heeft bereikt, maar niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, tenzij zodanige patiënt meerderjarig is en onder curatele staat of ten behoeve van hem het mentorschap is ingesteld, in welke gevallen nakoming jegens de curator of de mentor geschiedt.*
- c. *Indien een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake, niet onder curatele staat of ten behoeve van hem niet het mentorschap is ingesteld, worden de verplichtingen die voor de hulpverlener uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeien, door de hulpverlener nagekomen jegens de persoon die daartoe door de patiënt schriftelijk is gemachtigd in zijn plaats op te treden. Ontbreekt zodanige persoon, of treedt deze niet op, dan worden de verplichtingen nagekomen jegens de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst, dan wel, indien ook zodanige persoon ontbreekt, jegens een ouder, kind, broer of zus van de patiënt, tenzij deze persoon dat niet wenst.*

- d. *De hulpverlener komt zijn verplichtingen na jegens de in de leden 1 en 2 bedoelde wettelijke vertegenwoordigers van de patiënt en de in lid 3 bedoelde personen, tenzij die nakoming niet verenigbaar is met de zorg van een goed hulpverlener.*
- e. *De persoon jegens wie de hulpverlener krachtens de leden 2 of 3 gehouden is de uit deze afdeling jegens de patiënt voortvloeiende verplichtingen na te komen, betracht de zorg van een goed vertegenwoordiger. Deze persoon is gehouden de patiënt zoveel mogelijk bij de vervulling van zijn taak te betrekken.*
- f. *Verzet de patiënt zich tegen een verrichting van ingrijpende aard waarvoor een persoon als bedoeld in de leden 2 of 3 toestemming heeft gegeven, dan kan de verrichting slechts worden uitgevoerd indien zij kennelijk nodig is teneinde ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.*

Artikel 7: 447 BW:

- 1. *Een minderjarige die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, is bekwaam tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst ten behoeve van zichzelf, alsmede tot het verrichten van rechtshandelingen die met de overeenkomst onmiddellijk verband houden.*
- 2. *De minderjarige is aansprakelijk voor de daaruit voortvloeiende verbintenissen, onverminderd de verplichting van zijn ouders tot voorziening in de kosten van verzorging en opvoeding.*
- 3. *In op die behandelingsovereenkomst betrekking hebbende aangelegenheden is de minderjarige bekwaam in en buiten rechte op te treden.*

De ouder zonder ouderlijk gezag heeft wel recht op informatie, voor zover dat niet in strijd is met het belang van het kind. Zie bijvoorbeeld RTG Den Haag d.d. 8 november 2016, ECLI:NL:TGZRSGR:2016:110:

Voor de niet met het gezag belaste ouder, zoals klager, geldt voornoemde uitzondering op het beroepsgeheim niet. Wel heeft de niet met het gezag belaste ouder op grond van artikel 1:377c BW in beginsel recht op informatie inzake belangrijke feiten en omstandigheden die de persoon van het kind of diens verzorging en opvoeding betreffen. Deze informatie is echter niet gelijk aan de informatie die op grond van artikel 7:457 lid 3 BW aan de gezag dragende ouder wordt verstrekt. Het is aan de hulpverlener om te beoordelen in hoeverre de informatie die onder het beroepsgeheim valt met de niet gezag dragende ouder gedeeld moet worden. In het onderhavige geval diende verweester dus een afweging te maken tussen enerzijds het beroepsgeheim dat zij ten opzichte van klager in acht moest nemen en anderzijds het recht op informatie van klager als niet gezag hebbende ouder van F, zoals in artikel 1:377c BW staat vermeld.

Bij gescheiden ouders wordt geadviseerd toestemming van beide ouders met gezag te vragen. Volgens vaste rechtspraak geldt het volgende: "Als een kind (bij gelegenheid van een consult) wordt begeleid door één van de ouders en er geen sprake is van een ingrijpende, niet noodzakelijke of ongebruikelijke behandeling van het kind, mag de arts er in beginsel van uitgaan dat de toestemming van de andere ouder aanwezig is, behoudens aanwijzingen van het tegendeel. Deze uitzondering is evenwel niet van toepassing op een psychologische behandeling.

Hoofdstuk 3: Tuchtrecht en WKKGZ-geschilleninstanties

3.1 Het toepassingsbereik van het tuchtrecht, de normen waaraan wordt getoetst en het verloop

BIG-tuchtrecht is van toepassing op de beroepen die genoemd worden in artikel 3 van de Wet BIG: onder meer gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten en psychiaters. Zij moeten wel in die hoedanigheid hebben gehandeld.

De normen waaraan getoetst worden staan in artikel 47 lid 1 van de Wet BIG:

- 1. *Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van:*
 - a. *enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van:*

1°. degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;

2°. degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft;

3°. de naaste betrekkingen van de onder 1° en 2° bedoelde personen;

b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

In een uitspraak van RTG Amsterdam van 22 november 2016 (ECLI:NL:TGZRAMS:2017:7) is bijvoorbeeld bepaald dat het downloaden van kinderporno door een kinderarts in privé-tijd aan het tuchtrecht is onderworpen.

5.1 Niet in geschil is dat verweerder zich in zijn privé-tijd schuldig heeft gemaakt aan het downloaden, bekijken en in bezit te hebben van kinderporno. Daarnaast heeft verweerder erkend betrokken te zijn geweest bij een aantal chats dat aan kinderporno te relateren is. Allereerst is de vraag aan de orde of deze gedragingen, die in privé-tijd plaatsvonden, onder de zogenoemde tweede tuchtnorm vallen en als zodanig tuchtrechtelijk kunnen worden getoetst. Het college beantwoordt deze vraag bevestigend en overweegt daartoe als volgt.

5.2 De tweede tuchtnorm is in artikel 47, eerste lid, aanhef en onder b, van de Wet BIG als volgt omschreven:

Degene die in een der in het tweede lid vermelde hoedanigheden in een register ingeschreven staat, is onderworpen aan tuchtrechtspraak ter zake van (...) enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg.

De Wet BIG kent een lange totstandkomingsgeschiedenis. In 1986 werd het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend en daarna heeft nog een lange parlementaire behandeling plaatsgevonden; de Wet BIG is op 1 december 1997 nagenoeg geheel in werking getreden. De wetgever heeft in de periode waarin de wet tot stand kwam als uitgangspunt genomen dat handelingen in de privésfeer in beginsel niet onder het tuchtrecht vallen (MvT, Kamerstukken II 1985/1986, w.o. 19 522, nummer 3, pag. 74), tenzij het handelen niet los van de hoedanigheid kan worden gezien. Dit uitgangspunt is blijkens de (vaste) rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege als volgt genuanceerd: voor toepassing van de tweede tuchtnorm moet het handelen – in de privésfeer – van de BIG-geregistreerde voldoende weerslag hebben op het belang van de individuele gezondheidszorg (zie onder meer CTG 12 februari 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:56 en RTG Amsterdam 29 januari 2016, ECLI:NL:TGZRAMS:2016:14). De sindsdien uitgezette lijn in de tuchtrechtspraak, is een weergave van de (gewijzigde) maatschappelijke opvattingen dat bepaalde vormen van (strafbaar) privégedrag niet samengaan met de hoedanigheid van een BIG-geregisterd hulpverlener. In het rapport van oktober 2013 betreffende de tweede evaluatie Wet BIG is door de opstellers daarvan onder meer voorgesteld de tweede tuchtnorm aan te passen. In reactie hierop (december 2014; Kamerstukken II 2014-2015, 29 282, nummer 211) heeft de minister onder meer aangekondigd dat gedrag dat een BIG-geregistreerde niet betaamt, vatbaar wordt voor tuchtrechtelijke toetsing, ook als dat gedrag losstaat van de beroepsuitoefening. Aanpassing van de tweede tuchtnorm is niet nodig, nu deze norm door de (tuchtrechtelijke) jurisprudentie concreter is ingevuld, aldus de minister (pag. 23 van voornoemde Kamerstukken II). Anders dan verweerder heeft gesteld, is derhalve geen sprake van (ontoelaatbare) anticipatie op nog niet in werking getreden wetgeving, doch is veeleer sprake van het samengaan van tuchtrechtelijke rechtspraak en wetgeving als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen (over 40 jaar) over het handelen in de privésfeer van een BIG-geregistreerde en de invloed of weerslag op het tuchtrechtelijk handelen.

5.3 De vraag die thans voorligt is of het downloaden, bekijken en in het bezit hebben van kinderporno (en het voeren van chatgesprekken daarover) door een kinderarts, voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg zoals hierboven vermeld.

Die vraag kan het college volmondig bevestigend beantwoorden. Dit gedrag – ten behoeve waarvan kinderen seksueel worden misbruikt en geëxploiteerd met alle ingrijpende (psychische en lichamelijke) gevolgen van dien – staat lijnrecht tegenover de algemene zorgplicht die iedereen, dus zeker ook een

kinderarts, ten aanzien van het welzijn en de gezondheid van kinderen in acht dient te nemen. Het (strafbaar) handelen van verweerder, ook al is dit in de privésfeer geschied, gaat op geen enkele wijze samen met de hoedanigheid van een BIG-geregistreerd hulpverlener. Aan een kinderarts is die zorg voor kinderen bij uitstek toevertrouwd. Met zijn gedragingen – die de waarden van het beroep van kinderarts in de kern raken – heeft verweerder het in hem als kinderarts gestelde vertrouwen door de samenleving, en in het bijzonder door zijn patiënten en naasten, zeer ernstig geschaad. Zijn gedragingen, ook al vonden ze niet plaats in de uitoefening van zijn hoedanigheid van kinderarts, kunnen derhalve niet los worden gezien van die hoedanigheid en zijn als zodanig tuchtrechtelijk toetsbaar, en evident in strijd met de tweede tuchtnorm (artikel 47 lid 1 onder b Wet BIG). Onderliggend telt ook mee dat met downloaden van kinderpornografisch materiaal (al betreft het slechts een gering aantal afbeeldingen) het abjecte, zieke systeem van het plaatsen (uploaden) van kinderporno en het downloaden daarvan in stand wordt gehouden

De beroepsbeoefenaar hoeft op het moment dat hij wordt aangeklaagd niet in het BIG-register ingeschreven te staan. Het gaat erom dat de verweten gedraging heeft plaatsgevonden tijdens de registratie. Dit heeft tot gevolg dat ook na een doorhaling klager ontvankelijk is in zijn.

Een tuchtcollege oordeelt of een klacht gegrond of ongegrond is. Bij een gegrondverklaring kan een maatregel worden opgelegd: waarschuwing, berisping, geldboete, schorsing, beperking van de bevoegdheid en doorhaling. Behalve de waarschuwing worden de maatregelen in het BIG-register aangetekend (vijf jaar).

Artikel 48 Wet BIG:

1. *Het berechtende college kan ten aanzien van een aan de tuchtrechtspraak onderworpen persoon een van de volgende tuchtrechtelijke maatregelen opleggen:*
 - a. *waarschuwing;*
 - b. *berisping;*
 - c. *geldboete van ten hoogste € 4 500;*
 - d. *schorsing van de inschrijving in het register voor ten hoogste één jaar;*
 - e. *gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid in het register ingeschreven staande het betrokken beroep uit te oefenen;*
 - f. *doorhaling van de inschrijving in het register.*
2. *De maatregelen, bedoeld in het eerste lid, onder c en d, kunnen ook gezamenlijk worden opgelegd en gelden alsdan voor de toepassing van de aanhef van het eerste lid en van artikel 69, tweede lid, als één maatregel.*
3. *In gevallen waarin de berechting plaatsvindt met toepassing van artikel 47, vierde lid, kan, in plaats van de in het eerste lid van het onderhavige artikel, onder f, bedoelde maatregel, als maatregel worden opgelegd een ontzegging van het recht wederom in het register te worden ingeschreven.*
4. *Opgelegde geldboeten komen ten bate van de Staat. Bij het opleggen van een geldboete kunnen twee of meer termijnen worden vastgesteld, waarin zij moet worden voldaan.*
5. *De maatregelen van schorsing en van doorhaling van de inschrijving in het register worden vanwege Onze Minister ten uitvoer gelegd.*
6. *Schorsing van de inschrijving in het register kan voorwaardelijk worden opgelegd en wordt alsdan niet ten uitvoer gelegd dan nadat het college dat de maatregel heeft opgelegd, zulks heeft gelast op grond dat de betrokkene binnen een bij die oplegging te bepalen proeftijd van ten hoogste twee jaar een gestelde voorwaarde niet is nagekomen.*
7. *Een maatregel als bedoeld in het eerste lid, onder c, d of f, kan niet ten uitvoer worden gelegd zolang de beslissing waarbij hij is opgelegd, niet onherroepelijk is geworden. Een maatregel als in dat lid, onder e, of in het derde lid bedoeld, wordt eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing van kracht, tenzij het college, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij zijn beslissing heeft bepaald dat hij onmiddellijk van kracht wordt. Bij toepassing van het zesde lid gaat de in dat lid bedoelde proeftijd eerst bij het onherroepelijk worden van de desbetreffende beslissing in.*

8. *Bij het opleggen van de maatregel van doorhaling van de inschrijving kan het college tevens, indien het belang van de bescherming van de individuele gezondheidszorg zulks vordert, bij wijze van voorlopige voorziening, schorsing van de inschrijving opleggen. Deze voorziening wordt terstond van kracht en wordt vanwege Onze Minister onverwijld ten uitvoer gelegd; de inschrijving blijft geschorst totdat de beslissing tot doorhaling van de inschrijving onherroepelijk is geworden dan wel in beroep is vernietigd.*
9. *Een tot schorsing strekkende maatregel of voorlopige voorziening wordt ten uitvoer gelegd door het plaatsen van een aantekening van de schorsing in het register overeenkomstig het bepaalde in artikel 9.*

Een tuchtprocedure start met het klaagschrift van de klager. De aangeklaagde mag vervolgens verweer voeren. Soms is er nog een repliek en een dupliek. Ook worden partijen uitgenodigd voor een zitting in het kader van het vooronderzoek. Vervolgens wordt in raadkamer beslist of er nog een "gewone zitting" zal plaatsvinden. Dat gebeurt alleen niet als de klacht kennelijk ongegrond of kennelijk niet-ontvankelijk is. Kennelijk niet-ontvankelijk is een klager bijvoorbeeld als de klacht is verjaard (verjaringstermijn is 10 jaren).

Er kan beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege. De aangeklaagde kan dat altijd. De klager alleen als zijn klacht ongegrond is verklaard. IGZ kan zelfs in beroep gaan als IGZ de klacht niet zelf heeft ingediend.

Artikel 73 BIG:

1. Tegen een eindbeslissing van het regionale tuchtcollege kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift van die beslissing bij het centrale tuchtcollege beroep worden ingesteld door:
 - a. de klager, voor zover zijn klacht is afgewezen, of voor zover hij niet-ontvankelijk is verklaard;
 - b. degene over wie is geklaagd;
 - c. de in artikel 65, eerste lid, onder d, bedoelde hoofdinspecteur en regionale inspecteur.

Klachtgerechtigden zijn:

- De cliënt, de wettelijke vertegenwoordigers, nabestaanden
- Andere rechtstreeks belanghebbenden
- IGZ
- Werkgever
- Opdrachtgever.

Artikel 65 Wet BIG:

1. Een zaak wordt in eerste aanleg bij het bevoegde regionale tuchtcollege aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van:
 - a. een rechtstreeks belanghebbende;
 - b. degene die aan degene over wie wordt geklaagd, een opdracht heeft verstrekt;
 - c. degene bij wie of het bestuur van een instelling waarbij degene over wie wordt geklaagd, werkzaam of voor het verlenen van individuele gezondheidszorg ingeschreven is;
 - d. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

Nabestaanden mogen een klacht indienen, tenzij klagers met het voeren van de tuchtprocedure niet de wil van de overleden patiënte vertegenwoordigen, zodat zij geen van de wil van patiënte afgeleid klachtrecht hebben (zie CTG 3 december 2015, ECLI:NL:TGZCTG:2015:342).

Onder andere rechtstreeks belanghebbenden vallen onder omstandigheden: een naaste van de cliënt, een gezinsvoogdij-instelling en collegae.

Een naaste is – kort gezegd - ontvankelijk als het handelen van de hulpverlener hem of haar rechtstreeks betreft. Zo is een partner niet ontvankelijk als de partner van mening is dat er een onjuiste diagnose is gesteld bij een (wilsbekwame) cliënt (zie bijvoorbeeld: RTG Zwolle 13 februari 2017, ECLI:NL:TGZRZWO:2017:43), maar wel als de hulpverlener een relatie is aangegaan met de cliënt.

Een voorbeeld van een klacht die is ingediend door een gezinsvoogdij-instelling is: RTG Amsterdam 4 november 2016 ECLI:NL:TGZRAMS:2016:79:

5.2. Om aangemerkt te worden als rechtstreeks belanghebbende in de zin van artikel 65, eerste lid, onder a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) dient er aan de zijde van klaagsters sprake te zijn van een belang dat kan worden geplaatst in het kader van de individuele gezondheidszorg. Deze eis vloeit voort uit de aard en de strekking van de Wet BIG, die beoogt de kwaliteit van de individuele gezondheidszorg te bewaken. Naar het oordeel van het college voldoet het belang dat klaagsters bij het indienen van de klachten stellen te hebben aan deze eis. Klaagsters zijn instellingen die door de kinderrechter worden aangewezen als uitvoerder van ondertoezichtstellingen en uithuisplaatsingen van onder haar toezicht gestelde minderjarigen. Niet in geding is dat de rapporten door de ouders aan verweerder zijn gevraagd ten einde hen steun te bieden bij het overtuigen van zowel klaagsters als de kinderrechter dat zij in staat zijn hun kind(eren) een deugdelijke opvoeding te bieden en dat verweerder hiervan op de hoogte was. Evenmin is in geding dat rapporten als waarover is geklaagd voor de oordeelsvorming van klaagsters en voor de kinderrechter van belang zijn. Deze rapporten raken derhalve de kinderen – en daarmee klaagsters die de kinderen vertegenwoordigen – rechtstreeks. Het college wijst in dit verband op de rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg zoals deze blijkt uit zijn uitspraken van 5 februari 2002, nr. 2001/121 en van 30 augustus 2012, nr. C2011.426. Klaagsters zijn derhalve ontvankelijk.

5.3. Het college overweegt voorts als volgt. De rapporten bedoeld in 2 zijn aan te merken als verklaringen van een GZ-psycholoog. Bij de beoordeling van de vraag of een dergelijke verklaring voldoet aan de daaraan te stellen eisen dienen de volgende criteria in aanmerking te worden genomen:

- 1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;*
- 2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;*
- 3. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;*
- 4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;*
- 5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.*

Het college toetst ten volle of het onderzoek door – in dit geval – de GZ-psycholoog professional uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

Een collega is alleen ontvankelijk als door het handelen van de aangeklaagde de klager in zijn professionele autonomie of anderszins zodanig is geschaad dat hij daardoor een concreet aan de individuele gezondheidszorg gerelateerd eigen belang heeft op grond waarvan hij als collega rechtstreeks belanghebbende is uit hoofde van artikel 65 lid 1 onder a Wet BIG (zie bijvoorbeeld: CTG 7 april 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:155).

Een zorgverzekeraar is ook klachtgerechtigd, namelijk als er sprake is van fraude met declaraties. Er wordt dan aan de tweede tuchtnorm getoetst.

3.2 De WKKGZ-geschilleninstantie

De Wet Klachten, Kwaliteit en Geschillen Zorg (Wkkgz) is op 1 januari 2016 in werking getreden en is vooral bekend om de nieuwe regels over klachten en geschillen (die regels zijn per 1 januari 2017 ingegaan).

Vanaf 1 januari 2017 moet een zorgaanbieder een klachtenfunctionaris hebben die een klager bijstaat bij een klacht. De klachtenfunctionaris heeft ook als taak te bemiddelen om een oplossing te vinden waar iedereen tevreden over is. Zorgaanbieders moeten ook aangesloten zijn bij een door de overheid erkende geschilleninstantie. De Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg behandelt bijvoorbeeld klachten van cliënten tegen GGZ-zorgaanbieders die zijn aangesloten bij de vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland).

De Wkkgz is van toepassing op instellingen en solistisch werkende zorgverleners (zij worden 'zorgaanbieders' genoemd). Er moet wel zorg worden verleend zoals wordt omschreven in de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en/of handelingen worden verricht op het gebied van de individuele gezondheidszorg (zie de Wet BIG) of met een ander doel dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt. Psychologen vallen dus onder het toepassingsgebied, ook als zij de gezondheidstoestand van cliënten beoordelen of cliënten medisch begeleiden in opdracht van bijvoorbeeld een werkgever¹. Het gaat er ook niet om of de zorg daadwerkelijk wordt vergoed op grond van de Zvw of de Wlz.; ook de zorg die door de cliënt zelf wordt betaald valt onder de wet.

Als u als psycholoog in dienstverband werkzaam bent, dan rusten de meeste WKKGZ-verplichtingen op uw werkgever. Een solistisch werkende zorgverlener in de zin van de Wkkgz is de natuurlijke persoon die in persoon zorg verleent, op eigen titel en voor eigen rekening en risico, en die zijn praktijk niet in een BV of andere rechtspersoon of in een samenwerkingsverband heeft ondergebracht. Die (zelfstandig werkzame) psycholoog moet zelf aan alle verplichtingen van de WKKGZ voldoen. In het geval dat psychologen werkzaam zijn in een maatschap of een ander samenwerkingsverband, zijn de leden ieder (hoofdelijk) op de naleving van de wet aan te spreken.

De WKKGZ-regels staan in de Wet Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), het Uitvoeringsbesluit Wkkgz en de Uitvoeringsregeling Wkkgz.

De procedure die de WKKGZ omschrijft is aldus. Zodra er een klacht wordt ingediend door een cliënt of diens vertegenwoordiger, dan gaat een zeswekentermijn lopen (die termijn kan met vier weken worden verlengd). In die periode dient de zorgaanbieder onderzoek te doen en uiteindelijk een reactie op de klacht te geven. Let op: tuchtrecht BIG heeft meer klachtgerechtigde.

Artikel 14 WKKGZ:

1. *Over een gedraging jegens een cliënt in het kader van de zorgverlening kan schriftelijk een klacht worden ingediend door de cliënt, een nabestaande van de overleden cliënt dan wel een vertegenwoordiger van de cliënt.*
2. *Voorts kan over de weigering van de zorgaanbieder om een persoon in het kader van de zorgverlening als vertegenwoordiger van een cliënt te beschouwen, door die persoon schriftelijk een klacht worden ingediend.*

Artikel 15 WKKGZ:

1. *De zorgaanbieder wijst een of meer daartoe geschikt te achten personen aan die een klager op diens verzoek gratis van advies dienen met betrekking tot de indiening van een klacht en bijstaan bij het formuleren van de klacht en het onderzoeken van de mogelijkheden om tot een oplossing voor de klacht te komen.*
2. *De zorgaanbieder waarborgt dat een aangewezen persoon als bedoeld in het eerste lid, indien deze in dienst is van de zorgaanbieder, zijn functie onafhankelijk kan uitvoeren en benadeelt hem niet wegens de wijze waarop hij zijn functie uitoefent.*

Artikel 16 WKKGZ:

1. Een klacht wordt zorgvuldig onderzocht.
2. De behandeling van een klacht is gericht op het bereiken van een voor de klager en de zorgaanbieder bevredigende oplossing.
3. De klager wordt op de hoogte gehouden van de voortgang van de behandeling van de klacht.

Artikel 17 WKKGZ:

1. De klager ontvangt zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen zes weken na indiening van de klacht, een schriftelijke mededeling van de zorgaanbieder waarin met redenen omkleed is aangegeven tot welk oordeel het onderzoek van de klacht heeft geleid, welke beslissingen de zorgaanbieder over en naar aanleiding van de klacht heeft genomen en binnen welke termijn maatregelen waartoe is besloten, zullen zijn gerealiseerd.
2. Indien het vereiste zorgvuldige onderzoek van een klacht daartoe naar het oordeel van de zorgaanbieder noodzaakt, kan de zorgaanbieder de in het eerste lid genoemde termijn met ten hoogste vier weken verlengen. De zorgaanbieder doet daarvan voor het verstrijken van de termijn schriftelijk mededeling aan de klager.

Als een klager na de voorfase ontevreden blijft of vanwege de bijzondere omstandigheden niet van de klager verlangd kan worden dat de voorfase wordt gebruikt, dan kan hij/zij een klacht indienen bij een geschilleninstantie.

Artikel 21 WKKGZ:

1. Een geschil met een zorgaanbieder kan schriftelijk ter beslechting aan de geschilleninstantie worden voorgelegd door een cliënt, een nabestaande van een overleden cliënt dan wel een vertegenwoordiger van de cliënt, indien:
 - a. is gehandeld in strijd met §1; (lees: geen goede zorg is verleend)
 - b. de mededeling, bedoeld in 17, eerste lid, diens klacht naar zijn oordeel in onvoldoende mate wegneemt; (lees: reactie op klacht in voorfase)
 - c. van hem in redelijkheid niet kan worden verlangd dat hij onder de gegeven omstandigheden zijn klacht over een hem betreffende gedraging van de zorgaanbieder in het kader van de zorgverlening bij de zorgaanbieder indient.
2. Een geschil kan voorts schriftelijk ter beslechting aan de geschilleninstantie worden voorgelegd door een persoon die door de zorgaanbieder ten onrechte niet als vertegenwoordiger is beschouwd, indien de mededeling, bedoeld in artikel 17, eerste lid, diens klacht naar zijn oordeel in onvoldoende mate wegneemt.
3. Voorts kan een geschil schriftelijk ter beslechting aan de geschilleninstantie worden voorgelegd door een stichting of vereniging met volledige rechtsbevoegdheid, mits een belang in het geding is dat de stichting of vereniging volgens haar statuten behartigt.

Een geschilleninstantie is bevoegd om over een klacht te oordelen en een schadevergoeding toe te kennen tot ten minste 25.000,00 Euro en moet binnen zes maanden uitspraak doen. Er kan alleen worden geklaagd over een gedraging jegens een cliënt. Dat is dus beperkter dan bij tuchtrecht BIG.

Artikel 19 WKKGZ:

1. De geschilleninstantie heeft tot taak geschillen over gedragingen van een zorgaanbieder jegens een cliënt in het kader van de zorgverlening te beslechten.

(..)

Artikel 20 WKKGZ:

De geschilleninstantie is bevoegd over een geschil een uitspraak te doen bij wege van bindend advies, alsmede een vergoeding van geleden schade toe te kennen tot in ieder geval € 25.000,-.

Artikel 22 WKKGZ:

1. *De geschilleninstantie doet uiterlijk binnen zes maanden na de voorlegging van het geschil uitspraak.*
2. *In gevallen waarin dat, gelet op de aard van het geschil en de daarbij betrokken belangen, aangewezen is te achten, doet de geschilleninstantie in afwijking van het eerste lid op korte termijn een uitspraak.*
3. *De geschilleninstantie maakt de uitspraken over de aan haar voorgelegde geschillen openbaar in zodanige vorm dat deze niet tot personen herleidbaar zijn, behoudens voor zover het de zorgaanbieder betreft.*

Voor wat betreft de rechtsbijstand verleent DAS rechtsbijstand als het gaat om een klacht zonder claim (indien sprake is van dekking). Bij een klacht met claim, verleent de aansprakelijkheidsverzekeraar rechtsbijstand. Pas als er geen sprake is van dekking onder de aansprakelijkheidsverzekering, wordt de rechtsbijstand door DAS verleent (bij dekking of betaald).

In het reglement van de geschilleninstantie wordt de procedure omschreven. Overigens heeft een zorgaanbieder de bevoegdheid om ook nog een klachtencommissie te hebben.

3.3 Do's en dont's in tuchtprocedures en klachtenprocedures en het meest optimale verweer.

1. Toetsen op ontvankelijkheid (wie is de klager en waarover gaat de klacht?)

Er dient altijd bij een klacht die is ingediend bij een instantie te worden onderzocht of de klager ontvankelijk is in de klacht.

Zo zijn niet alle nabestaanden klachtgerechtigd. Zie RTG 11 december 2012, ECLI:NL:TGZRSGR:2012:YG2490:

De eerste vraag die moet worden beantwoord is of klager als klachtgerechtigde in de zin van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) kan worden aangemerkt en derhalve in zijn klacht kan worden ontvangen. Ingevolge artikel 65, eerste lid, sub a, van de Wet BIG wordt een tuchtzaak aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van – onder meer – een rechtstreeks belanghebbende. Onder dit begrip wordt in ieder geval de patiënt zelf begrepen, maar ook een nabestaande van een overleden patiënt. Als een overleden patiënt meerderjarig is dient aansluiting te worden gezocht bij artikel 7:465, derde lid van het Burgerlijk Wetboek, dat in geval van wilsonbekwaamheid de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt bij voorrang aanwijst als gesprekspartner van de arts inzake de geneeskundige behandeling, boven een ouder, kind, broer of zus van de patiënt. De klachtgerechtigdheid ligt na het overlijden van een patiënt dus in beginsel bij de echtgenoot, de geregistreerde partner of andere levensgezel van de patiënt. Klager heeft kenbaar gemaakt dat hij een niet geregistreerd partnerschap met patiënte heeft gehad van 14 jaren, waarbij zij niet op hetzelfde woonadres stonden ingeschreven. Het College is van oordeel dat klager, die een langdurige LAT-relatie met de overledene heeft gehad, in de huidige tijd, waarin veel relaties niet zijn geformaliseerd maar wel degelijk als duurzame relaties kunnen worden beschouwd, als rechtstreeks belanghebbende kan worden aanvaard. Klager kan derhalve worden ontvangen in zijn klacht.

Een klacht over een factuur hoort bijvoorbeeld niet thuis bij een geschilleninstantie. Het wordt niet genoemd in de WKKGZ als iets waarover kan worden geklaagd. In het reglement van de Geschillencommissie Geestelijke Gezondheidszorg wordt het ook expliciet uitgesloten.

Ontvankelijkheid

Artikel 5. De commissie verklaart de cliënt in zijn geschil ambtshalve niet ontvankelijk:

a. indien het een geschil betreft over de niet-betaling van een factuur en daaraan

geen inhoudelijke klacht ten grondslag ligt;

b. indien het een geschil betreft waarover de cliënt of met inachtneming van

artikel 6 lid 1 onder c de zorgaanbieder reeds bij de rechter een procedure

aanhangig heeft gemaakt of waarin de rechter reeds een uitspraak over de inhoud heeft gedaan;

c. indien tijdens de behandeling aannemelijk wordt, dat het totale financiële belang meer bedraagt dan € 25.000,-- tenzij de cliënt bereid is te verklaren – op grond van feiten en omstandigheden die hij redelijkerwijs kon weten tijdens de behandeling van het geschil - zijn vordering te beperken tot € 25.000,-- en afstand te doen van het meerdere.

d. indien en voor zover door een stichting of vereniging met volledige rechtsbevoegdheid in de zin van art. 1 onder de definitie cliënt een schadevergoeding wordt gevorderd.

e. indien hij geen redelijk belang heeft bij een uitspraak van de commissie.

2. Let op: niet altijd het hele dossier indienen

Indien de klager cliënt is/was, dan mag een kopie van het dossier aan het RTG worden gezonden voorzover nodig is voor verweer. Indien de klager geen cliënt is/was, dan eventuele gebruik maken van artikel 67 lid 3 BIG:

Artikel 67 Wet BIG:

- 1. De klager en degene over wie is geklaagd, worden in de gelegenheid gesteld de behandeling van de zaak op de terechtzitting bij te wonen en tijdens de behandeling te worden gehoord.*
- 2. De klager en degene over wie is geklaagd, worden gedurende een termijn van tenminste zes dagen in de gelegenheid gesteld van de processtukken kennis te nemen. De laatste dag van de in de eerste volzin genoemde termijn ligt tenminste acht dagen vóór de aanvang van het onderzoek op de terechtzitting.*
- 3. Indien dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van derden, bepaalt de voorzitter van het tuchtcollege dat het kennisnemen van bepaalde processtukken of gedeelten ervan niet wordt toegestaan aan de klager persoonlijk, maar uitsluitend aan een gemachtigde, die arts of advocaat is, dan wel van de voorzitter bijzondere toestemming heeft verkregen.*

3. Respectvol inhoudelijk verweer voeren, zelfinzicht

Of een aangeklaagde zich toetsbaar opstelt, zelfinzicht heeft en verbetermaatregelen heeft genomen is van invloed op de hoogte van de maatregel.

Zie bijvoorbeeld: RTG 15 maart 2011, ECLI:NL:TGZRAMS:2011:YG1083:

Oplegging van na te melden maatregel wordt daarvoor passend geacht. Daarbij is geen rekening gehouden met de slechte dossiervoering door verweerster aangezien daarover door klager niet is geklaagd. Wel is daarbij betrokken de laconieke houding die verweerster ter zitting heeft ingenomen.

4. I.b. niet beëindigen behandelrelatie

Een klacht is op zich geen rechtsgeldige reden om de behandelrelatie te beëindigen. De Wgbo bepaalt dat de hulpverlener *behoudens gewichtige redenen* de behandelingsovereenkomst met de patiënt of diens vertegenwoordiger (bijvoorbeeld de ouders, curator of mentor) *niet* kan opzeggen. Of hiervan sprake is hangt af van de omstandigheden van het geval. De hulpverlener moet kunnen

incasseren, maar als de vertrouwensrelatie onherstelbaar is beschadigd, dan kan een gewichtige reden aanwezig zijn. Wel zal er voor overdracht zorg moeten worden gedragen.

5. I.b. niet afkopen

Afkopen van een klacht wordt niet aangeraden. Ten eerste kunnen sommige instanties, zoals een RTG, de behandeling van de klacht voortzetten ook al heeft de klager de klacht ingetrokken. Ten tweede bestaat er geen sanctie als de klager de klacht toch voortzet en ten derde bestaat de kans dat het als onethisch en onprofessioneel wordt gezien.

6. I.b. niet dossier vernietigen

De WGBO geeft aan dat een dossier moet worden vernietigd als de cliënt daarom vraagt, maar een van de uitzonderingen om niet aan dat verzoek te voldoen is dat er een klacht is ingediend of de cliënt daarmee dreigt. Het dossier is een belangrijk bewijsmiddel.

7. Dossier niet aanvullen of wijzigen

Aanvulling of wijziging van het dossier na een klacht is niet toegestaan.

8. Melden bij leidinggevende?

Er bestaat geen wettelijke plicht om een klacht bij een leidinggevende te melden, maar soms is dat wel in een arbeidsovereenkomst of ander intern reglement vastgelegd. Ook IGZ is van mening dat een klacht moet worden gemeld aan het bestuur van een instelling.

9. Beroepsaansprakelijkheidsverzekering inlichten

Om de voorkomen dat een geschil niet onder de dekking van een aansprakelijkheidsverzekering valt, doet u er goed aan om een klacht direct te melden bij een aansprakelijkheidsverzekering, indien u niet kunt uitsluiten dat er op een later moment een claim bij wordt gevoegd.

10. Juridische bijstand inschakelen.

Hoofdstuk 4: Personeelsmanagement en gezondheidsrechtelijke regels

4.1 Aannemen van medewerkers.

De Wet Klachten, Kwaliteit en Geschillen Zorg (Wkkgz) is op 1 januari 2016 in werking getreden en is vooral bekend om de nieuwe regels over klachten en geschillen (die regels zijn per 1 januari 2017 ingegaan). Het is echter ook een wet met gevolgen voor het managen van een instelling of praktijk en van personeelsmanagement in het bijzonder.

Het doel van de WKKGZ, die de Kwaliteitswet Zorginstellingen en de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector vervangt, is om meer waarborgen te bieden voor een goede kwaliteit van de zorg. Er moet worden geleerd van dingen die niet goed zijn gegaan. Zorgaanbieders dienen daarom de kwaliteit van de verleende zorg en het personeel meer te onderzoeken en te registreren. Er moet ook meer openheid van zaken worden gegeven, niet alleen naar IGZ toe, maar ook jegens cliënten. Het, te respecteren, doel van de WKKGZ leidt in de praktijk tot een aanzienlijke extra werklast.

Toepassingsgebied

De Wkkgz is van toepassing op instellingen en solistisch werkende zorgverleners (zij worden 'zorgaanbieders' genoemd). Er moeten wel zorg worden verleend zoals wordt omschreven in de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en/of handelingen worden verricht op het gebied van de individuele gezondheidszorg (zie de Wet BIG) of met een ander doel dan het bevorderen of bewaken van de gezondheid van de cliënt. Psychologen vallen dus onder het toepassingsgebied, ook als zij de gezondheidstoestand van cliënten beoordelen of cliënten medisch begeleiden in opdracht van bijvoorbeeld een werkgeverⁱⁱ. Het gaat er ook niet om of de zorg daadwerkelijk wordt vergoed op grond van de Zvw of de Wlz.; ook de zorg die door de cliënt zelf wordt betaald valt onder de wet.

De meeste WKKGZ-verplichtingen rusten op de werkgever. Die verplichtingen raken de werknemers wel. Een solistisch werkende zorgverlener in de zin van de Wkkgz is de natuurlijke persoon die in persoon zorg verleent, op eigen titel en voor eigen rekening en risico, en die zijn praktijk niet in een BV of andere rechtspersoon of in een samenwerkingsverband heeft ondergebracht. Die (zelfstandig werkzame) psycholoog moet zelf aan alle verplichtingen van de WKKGZ voldoen. In het geval dat psychologen werkzaam zijn in een maatschap of een ander samenwerkingsverband, zijn de leden ieder (hoofdelijk) op de naleving van de wet aan te spreken.

De vergewisplicht

Als de zorgaanbieder een instelling is, dan moet hij zich ervan vergewissen dat de inzet van een zorgverlener verantwoord is, gelet op de wijze waarop de zorgverlener in het verleden heeft gefunctioneerd. De werkgever/opdrachtgever moet dus onderzoek doen naar het arbeidsverleden van de sollicitant. Het moet gaan om een persoon die beroepsmatig zorg wil gaan verlenen (derhalve wel uitzendkrachten, maar niet vrijwilligers en mantelzorgers) en die na 1 januari 2016 voor de zorgverlener is gaan werken. Als bijvoorbeeld een psychologenpraktijk bestaande uit een maatschap een waarnemer aantrekt omdat een van de psychologen op zwangerschapsverlof gaat, dan moet de potentiële waarnemer worden gescreend, ook al heeft de praktijk al vaker met de waarnemer gewerkt.

Sommige zorgaanbieders zijn ook verplicht in het bezit te zijn van een verklaring omtrent het gedrag (een VOG). Het gaat om de volgende drie categorieën:

- een instelling die Wlz-zorg verleent (en wel voor de zorgverleners die na 1 januari 2016 zijn aangetrokken en die zorg verlenen aan zijn cliënten en voor andere personen dan zorgverleners die beroepsmatig met cliënten in contact kunnen komen, de VOG mag niet ouder zijn dan drie maanden voor het tijdstip waarop de betrokkene voor de zorgaanbieder ging werken);
- de psycholoog die een solistisch werkende zorgverlener is die Wlz-zorg verleent (de VOG mag niet ouder dan drie jaren zijn);
- een instelling die geneeskundige geestelijke gezondheidszorg levertⁱⁱⁱ en waar de cliënt blijft overnachten (de VOG mag niet ouder zijn dan drie maanden voor het tijdstip waarop de betrokkene voor de zorgaanbieder ging werken).

De werkgever/opdrachtgever moet kunnen aantonen dat hij op een goede manier is nagegaan of een sollicitant geschikt is. Het volstaan met het opvragen van een VOG is te mager. Andere mogelijkheden zijn: het CV controleren, diploma's opvragen, navraag doen bij eerdere werkgevers, het BIG-register en het Waarschuwingsregister Zorg en Welzijn raadplegen en navraag doen bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Een zorgaanbieder kan voordat hij een zorgverlener voor zich laat werken bij IGZ nagaan of hij een registratie heeft. De Inspectie houdt namelijk een register bij van gevallen waarbij IGZ in een rapport heeft vastgesteld dat sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg een ernstige bedreiging kan betekenen. De aantekening wordt na vijf jaar uit het bestand verwijderd.

Als de screening iets negatiefs oplevert (de zorgverlener komt bijvoorbeeld voor in een bepaald register of wordt door een referent afgeraden), dan maakt dit de zorgverlener niet per definitie ongeschikt. Het is aan de zorgaanbieder om de informatie te wegen en – na een eventueel gesprek – te beslissen welke consequenties hij hieraan wil verbinden. Zorgvuldigheid is wel geboden.

4.2 Incidenten en calamiteiten (registeren en melden)

Registratie van medewerkers

Op grond van de Wkkgz rust op de werkgever/opdrachtgever de verplichting om regelmatig na te gaan of de zorgverlener die voor hem werkt zijn werkzaamheden naar behoren verricht en of hij voldoende bekwaam is en blijft om zorg te verlenen. Het belang om consequent jaarlijkse beoordelingsrondes te doen en nascholing te volgen en te registeren wordt daarmee nog groter. Het advies is om ter ondersteuning van functioneringsgesprekken gebruik te maken van een aantal meetinstrumenten, zoals een patiënttevredenheidsonderzoek of een 360° feedbackronde.

Deze nieuwe controleplicht is een aanvulling op de (al voor de in werkingtreding van de WKKGZ geldende) meer algemeen geformuleerde verplichting van zorgaanbieders om goede zorg te leveren en de zorg zo te organiseren en zich zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personele en materiële middelen te bedienen, dat een en ander redelijkerwijs moet leiden tot het verlenen van goede zorg.

Als de zorgaanbieder een instelling is, dan moet een schriftelijke overeenkomst worden gesloten met de individuele zorgverleners waarin staat dat zij zich bij hun werkzaamheden zullen houden aan de wettelijke verplichtingen die de zorgaanbieder heeft en de regels die de zorgaanbieder heeft vastgesteld met betrekking tot de zorgverlening. Deze verplichting geldt niet als sprake is van een arbeidsovereenkomst (of publiekrechtelijke dienstbetrekking), maar wel bijvoorbeeld bij een overeenkomst van opdracht. De instelling doet er goed aan om die verplichtingen en regels in een bijlage bij de overeenkomst te omschrijven.

Incidenten

De zorgaanbieder (ook bijvoorbeeld een psychologenpraktijk bestaande uit een of twee psychologen) is verplicht schriftelijk een interne procedure vast te stellen, waarin wordt aangegeven hoe wordt omgegaan met signalen van incidenten. De zorgaanbieder moet zijn medewerkers ook daarover informeren. Voor een medewerker geldt dat hij kan worden verplicht om informatie te verstrekken. Hij schendt zijn geheimhoudingsplicht niet als hij gegevens verstrekt aan de onderzoeker van het incident. De onderzoeker moet in ieder geval tot onafhankelijke oordeelsvorming kunnen komen en deskundigheid zijn. De betrokken zorgverlener en het betrokken organisatieonderdeel moeten aan het einde van het onderzoek worden ingelicht over de uitkomsten en conclusies van de analyse. De intern beschreven procedure moet overigens ook waarborgen bieden voor de melder.

Het register waarin de incidenten worden bijgehouden is niet openbaar. Gegevens in het register mogen dan ook niet in een civielrechtelijke, strafrechtelijke, bestuursrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure als bewijs worden gebruikt. Ook mag daarop niet een disciplinaire maatregel, zoals een waarschuwing, worden gebaseerd. Er zijn wel twee uitzonderingen. De eerste is dat de gegevens voor strafrechtelijk bewijs mogen worden gebruikt als zij niet op een andere manier kunnen worden verkregen. De tweede uitzondering betreft de situatie dat sprake is van een calamiteit of geweld in de zorgrelatie. Dan mag de informatie dus wel worden gebruikt in een rechtszaak.

Met incident wordt bedoeld: "een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, en heeft geleid, had kunnen leiden of zou kunnen leiden tot schade bij de cliënt". Van een calamiteit is sprake als het gaat om "een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid". Geweld in de zorgrelatie wordt gedefinieerd als "seksueel binnendringen van het lichaam van of ontucht met een cliënt, alsmede geweld jegens een cliënt, door iemand die in dienst of in opdracht van een instelling of opdrachtnemer van een instelling werkzaam is, dan wel door een andere cliënt met wie de cliënt gedurende het etmaal of een dagdeel in een accommodatie van een instelling verblijft". Het onderscheid is van belang omdat bij incidenten geen meldplicht bestaat, maar bij calamiteit of geweld wel.

Complicatie, incident of calamiteit

In de praktijk is het soms lastig te beoordelen of sprake is van een complicatie of van een incident of een calamiteit. Bij een complicatie is iets niet goed gegaan, waardoor een cliënt schade heeft opgelopen. Deze schade is een onbedoeld of ongewenst gevolg van de zorg, terwijl er geen fout is gemaakt. We spreken van een incident als er iets niet goed is gegaan en gedaan, waardoor een cliënt schade heeft opgelopen, kan oplopen of had kunnen oplopen. Deze (mogelijke) schade is een onbedoelde en/of onverwachte uitkomst van zorg: er is iets niet goed gedaan (bijvoorbeeld niet gehandeld volgens een richtlijn/de professionele standaard). Pas als de schade ernstig of fataal is, is er sprake van een calamiteit. Een voorbeeld van een situatie waarbij u zich moet afvragen of sprake is van een incident of calamiteit is als een cliënt, die bij u in behandeling is, suïcidepoging heeft gedaan.

De WKKGZ verplicht de zorgaanbieder een cliënt (of diens vertegenwoordiger of nabestaande) direct te informeren als zich een incident heeft voorgedaan die voor de cliënt merkbare gevolgen heeft of kan hebben. Het incident moet ook worden aangetekend in het dossier van de cliënt.

Melden bij IGZ

Als een calamiteit of geweld in de zorgrelatie heeft plaatsgevonden, dan is de zorgaanbieder verplicht daarvan 'onverwijld melding' te doen bij IGZ. Die meldplicht is er ook als een overeenkomst met een zorgverlener is opgezegd, ontbonden of niet-voortgezet omdat de zorgverlener ernstig is tekort geschoten in zijn functioneren. Dat tekortschieten hoeft niet door een rechter te zijn vastgesteld. Voldoende is dat de zorgaanbieder van oordeel is dat daarvan sprake is. Het doel is te voorkomen dat een disfunctionerende zorgverlener (zonder controle) elders weer aan de slag kan gaan.

Als een calamiteit heeft plaatsgevonden, dan moet dat binnen drie werkdagen (gerekend vanaf moment dat wordt vastgesteld dat sprake is van een calamiteit) worden gemeld aan de Inspectie. De zorgaanbieder heeft zes weken de tijd om vast te stellen of een gebeurtenis een calamiteit is (of niet). Bestaat er na die zes weken nog twijfel, dan moet er toch worden gemeld. Meldt de zorgaanbieder niet of niet op tijd, dan loopt hij het risico op een bestuurlijke boete tot € 33.500,00.

Na een melding krijgt de zorgaanbieder in beginsel acht weken de tijd zelf onderzoek te doen en daarover te rapporteren. Het onderzoek wordt met het rapport van de zorgaanbieder afgesloten als de Inspectie van oordeel is dat er geen sprake (meer) is van een ernstige bedreiging voor de veiligheid van cliënten, het onderzoek zorgvuldig is uitgevoerd en de nodige maatregelen zijn getroffen. Een van de mogelijke maatregelen is bijvoorbeeld ontslag op staande voet van de zorgverlener die seksueel grensoverschrijdend gedrag heeft vertoond. De zorgaanbieder moet in het rapport in ieder geval ook vermelden hoe de betrokken cliënt (of diens vertegenwoordiger of nabestaande) is geïnformeerd over de calamiteit of het geweld, betrokken is bij het onderzoek en is of wordt geïnformeerd over de resultaten daarvan. Als IGZ zelf onderzoek doet, dan wordt het rapport verstrekt aan de melder, de zorgaanbieder en de bij het onderzoek betrokken (rechts)personen.

Na een verplichte melding van een ontslag in verband met disfunctioneren doet IGZ soms zelf ook onderzoek om te kunnen vaststellen of sprake is van een situatie die voor de veiligheid van cliënten of de zorg of anderszins voor het leveren van goede zorg een bedreiging kan betekenen en daarom aanleiding kan zijn tot het nemen van maatregelen. Dit onderzoek vindt in beginsel alleen plaats als sprake is van een zorgverlener die is ingeschreven in een BIG-register (artsen, tandartsen, verloskundigen, apothekers, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, psychotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen). Als daarvan geen sprake is, dan kan het nader onderzoek achterwege blijven, tenzij naar het oordeel van de Inspectie op grond van de melding gegronde redenen bestaan om aan te nemen dat een ernstig risico bestaat voor de veiligheid van cliënten of de zorg.

Als het onderzoek wordt uitgevoerd, dan wordt de zorgverlener waarom het gaat altijd uitgenodigd voor een gesprek. In het gesprek zoekt IGZ in op de stand van zaken en de voornemens over de voortzetting of hervatting van zijn werkzaamheden en op het wegnemen of verbeteren van de aspecten in zijn functioneren die tot het ontslag hebben geleid of die de zorgverlener aanleiding hebben gegeven de overeenkomst niet voort te zetten. Het eindrapport wordt (alleen) aan de zorgverlener gezonden.

De zorgaanbieder zelf en diens medewerkers zijn verplicht alle gegevens aan IGZ te verstrekken die voor het onderzoeken van de melding noodzakelijk zijn. Die verplichting gaat voor op het beroepsgeheim.

Naleving

Als IGZ constateert dat een zorgaanbieder verplichtingen van de Wkkgz niet naleeft of heeft nageleefd, kan zij bestuursrechtelijke maatregelen nemen. Zo kan de Inspectie eisen dat een interne procedure wordt aanpast. Ook kan de Inspectie in bepaalde gevallen een boete opleggen, bijvoorbeeld als een zorgaanbieder niet of te laat heeft voldaan aan een meldplicht. De maatregelen kunnen ook gericht zijn op (individuele) zorgverleners. Met name doordat gemeld moet worden indien een overeenkomst met een zorgverlener is geëindigd vanwege ernstig disfunctioneren, zal IGZ individuen beter in de gaten (kunnen) houden. De mogelijkheid voor IGZ (en onder omstandigheden ook cliënten) om een tuchtprocedure te starten als een WKKGZ-verplichting niet is nagekomen, blijft bestaan.

4.3 Het Kwaliteitsstatuut

Inleiding

Zorgaanbieders, belangenbehartigers van patiënten, beroepsgroepen in de ggz en zorgverzekeraars hebben een model kwaliteitsstatuut ggz opgesteld. Dit beschrijft wat zorgaanbieders moeten regelen op het gebied van kwaliteit en verantwoording om binnen de Zorgverzekeringswet curatieve ggz te mogen verlenen. Het statuut bepaalt onder andere welke beroepsgroepen in verschillende onderdelen van de ggz als regiebehandelaar op mogen treden. Het model kwaliteitsstatuut ggz is op 31 maart 2016 door Zorginstituut Nederland (ZINL) opgenomen in het Register voor kwaliteitsstandaarden.

Vanaf 1 januari 2017 zijn alle aanbieders van ggz in de Zorgverzekeringswet verplicht om een kwaliteitsstatuut te hebben. De verplichting geldt zowel voor vrijevestigde aanbieders als voor instellingen. Het model kwaliteitsstatuut ggz geeft aan wat er in deze kwaliteitsstatuten geregeld moet zijn. Het is een dynamisch document, en zal daarom regelmatig worden geëvalueerd en worden aangepast. Ook is het zo opgesteld dat het ook toegepast kan worden in andere delen van de (geestelijke) gezondheidszorg zoals de kinder- en jeugd-ggz, de langdurige zorg en de overige zorg.

Het Model Kwaliteitsstatuut heeft een algemeen deel, een deel dat betrekking heeft op vrijevestigden en een deel dat specifiek geldt voor instellingen. Het opstellen van een eigen kwaliteitsstatuut op basis van dit model is voor een ggz-aanbieder verplicht doordat het is geplaatst op de transparantiekalender van het Zorginstituut. De basiszorg (huisarts en POH-GGZ) valt buiten de reikwijdte van de verplichting om een kwaliteitsstatuut te hebben.

Fasen

Het model gaat uit van vijf fasen en geeft voor elke fase regels: 1) Voortraject bij verwijzer 2) Aanmelding/intake 3) Diagnostiek 4) Behandeling 5) Afsluiting en nazorg.

Ad 1.

Op de website van de zorgaanbieder moet de actuele wachttijd voor intake en voor behandeling worden gepubliceerd conform de vigerende beleidsregel van de NZa.. Wanneer intake of behandeling niet binnen de gestelde treeknormen kan aanvangen, dan stelt de aanbieder de cliënt hiervan op de hoogte en kan de cliënt zich wenden tot de zorgbemiddeling van de eigen zorgverzekeraar/financier. Tot het moment dat de intake bij de zorgverlener heeft plaatsgevonden is de verwijzer de eerstverantwoordelijke voor de patiënt/cliënt.

Ad 2.

Indien de zorgaanbieder geen passend aanbod heeft dat aansluit bij de zorgvraag van de patiënt, verwijst hij de patiënt/cliënt terug naar de verwijzer. Bij voorkeur met advies voor een beter passend behandelaanbod (bijvoorbeeld een ander echelon of een behandelaar met een andere specifieke deskundigheid).

Bij de intake legt de zorgaanbieder vast wie verantwoordelijk is voor de patiënt/cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit aanspreekpunt is in deze fase dan de regiebehandelaar. De zorgaanbieder informeert de patiënt/cliënt over deze afspraken. Ook bespreken professional en patiënt/cliënt hoe te handelen wanneer in deze periode de toestand van patiënt/cliënt verergert.

Ad 3.

De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het (doen) vaststellen van de diagnose waarbij de cliënt ook daadwerkelijk is (mede)beoordeeld door de regiebehandelaar via direct contact met de cliënt. Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht. Mocht de cliënt niet direct na diagnostiek in behandeling worden genomen, dan is de regiebehandelaar van de diagnostiefase de eerstverantwoordelijke voor de zorg van de patiënt/cliënt.

Ad 4.

De regiebehandelaar stelt, samen met de cliënt en eventueel zijn naasten, een behandelplan op. Het behandelplan bevat in ieder geval:

- de doelen met betrekking tot de zorg voor een bepaalde (te evalueren) periode gesteld, gebaseerd op de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt;
- de wijze waarop de zorgverlener en de patiënt/cliënt de gestelde doelen trachten te bereiken;
- wie voor de verschillende onderdelen van de zorg verantwoordelijk is en op welke wijze afstemming plaatsvindt tussen meerdere zorgverlener en wie de patiënt/cliënt op die afstemming kan aanspreken (de regiebehandelaar).

Ad 5.

De regiebehandelaar bespreekt met de patiënt/cliënt en eventueel zijn naasten de resultaten van de behandeling en de mogelijke vervolgstappen. De verwijzer wordt hiervan in kennis gesteld middels een afrondingsbrief, tenzij de patiënt/cliënt hiertegen bezwaar maakt. Indien vervolgbehandeling nodig is, wordt hierover gericht advies gegeven aan de verwijzer. De vervolgbehandelaar wordt, indien relevant, in kennis gesteld van het verloop van de behandeling en de behaalde resultaten voorzien van het vervolgradvies, tenzij de patiënt/cliënt hier bezwaar tegen maakt.

Wie is regiebehandelaar

Indien meerdere zorgprofessionals als zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan een cliënt is het van belang dat één van hen het zorgproces coördineert en eerste aanspreekpunt is voor de patiënt/cliënt en zijn naasten en/of wettelijk vertegenwoordiger. Dit is de regiebehandelaar. Indien zorg binnen het betreffende echelon door één zorgverlener wordt verleend, is deze per definitie ook de regiebehandelaar. De regiebehandelaar draagt de verantwoordelijkheid voor de integraliteit van het behandelproces. Daarnaast is hij voor alle betrokkenen, inclusief de cliënt en diens naasten, het centrale aanspreekpunt..

In beginsel komt elke discipline in aanmerking om de functie van regiebehandelaar te vervullen, mits deze een – gegeven de aard van de zorgvraag en de setting waarin de zorg verleend wordt– relevante inhoudelijke deskundigheid bezit en er is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- Academische opleiding of daarmee vergelijkbaar niveau, welke onderworpen is aan een systeem van accreditatie en heraccreditatie en/of voorziet in gerichte bij- en nascholing (NLQF7);
- BIG-registratie;
- relevante werkervaring;
- periodieke deelname aan een vorm van intervisie en intercollegiale toetsing

In sectie II en sectie III van het Model Statuur wordt nader uitgewerkt hoe het regiebehandelaarschap respectievelijk in de vrijgevestigde praktijk en de instelling nader wordt ingevuld.

In de *generalistische basis ggz (gbggz)*⁴ kunnen de volgende professionals in vrije vestiging als regiebehandelaar optreden:

- GZ-psycholoog
- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog

In de *gespecialiseerde ggz (gggz)* treden de volgende professionals in vrije vestiging op als regiebehandelaar:

- Psychotherapeut
- Klinisch psycholoog
- Klinisch neuropsycholoog
- Psychiater

Voor de vrijgevestigde praktijk geldt dat degene die de intake doet ook de regiebehandelaar zal zijn gedurende het verdere verloop van de behandeling.

In de vrijgevestigde praktijk wordt de diagnostiek in vrijwel alle gevallen uitgevoerd door de behandelend professional zelf. Het is mogelijk dat delen van het diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht. Dit gebeurt altijd transparant, expliciet verantwoord en conform regelgeving. De vrijgevestigde professional kan en moet tevens andere professionals consulteren ten behoeve van de diagnostiek wanneer de diagnostische vraag de eigen bekwaamheid overstijgt.

In de vrijgevestigde praktijk voert de regiebehandelaar de behandeling in principe zelf uit.

Voor ggz-instellingen geldt de volgende mogelijke inzet van regiebehandelaren in de generalistische basis-ggz:

- GZ psycholoog
- Klinisch Psycholoog /Klinisch neuropsycholoog
- Psychotherapeut
- Verpleegkundig specialist ggz
- Indien dementie de hoofddiagnose is: de specialist ouderengeneeskunde of klinisch geriater
- Indien de hoofddiagnose verslaving en/of gokproblematiek betreft: de verslavingsarts

Binnen de generalistische basis-ggz is altijd een psychiater of klinisch psycholoog beschikbaar voor advies of consultatie.

Bij ggz-instellingen worden behandelingen binnen de gespecialiseerde ggz gegeven vanuit multidisciplinaire teams. Er is altijd een psychiater of klinisch psycholoog lid van een multidisciplinair team. Verder gelden bij het bepalen van de regiebehandelaar in de gespecialiseerde ggz de volgende uitgangspunten:

- Bij de intake legt de zorginstelling vast wie verantwoordelijk is voor de cliënt en wie als aanspreekpunt fungeert in de periode tussen de intake en aanvang van de behandeling. Dit is in deze fase de regiebehandelaar. Als blijkt dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan wordt de patiënt/cliënt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of terugverwezen naar de verwijzer.
- Voor alle categorieën patiënten/cliënten in de gespecialiseerde ggz geldt dat daarvoor de psychiater en de klinisch psycholoog altijd als regiebehandelaar kunnen fungeren.
- Voor een aantal patiënten/behandeltrajecten in de gespecialiseerde ggz kan de inzet van een ander type regiebehandelaar worden overwogen.
- De behandelaars die naast de psychiater en klinisch psycholoog ook regiebehandelaar kunnen zijn, zijn: de verslavingsarts, de specialist ouderengeneeskunde, de klinisch geriater, de psychotherapeut, de klinisch neuropsycholoog, de verpleegkundig specialist ggz en de GZ-psycholoog. De ggz-aanbieder maakt hierin eigen keuzes, mede afhankelijk van de aanwezigheid van zorgverleners binnen de organisatie of binnen het netwerk.
- Bij een klinische opname is de regiebehandelaar in beginsel een psychiater of klinisch psycholoog.
- In overleg met de klinisch werkzame psychiater of klinisch psycholoog kan worden besloten dat de ambulante regiebehandelaar ook gedurende de opname de regiebehandelaar blijft.
- Bij een crisis-dbc wordt altijd een psychiater geconsulteerd. Hiervoor is geen direct patiëntcontact noodzakelijk.
- De uiteindelijke keuze voor een regiebehandelaar wordt gemaakt in overleg met de patiënt/cliënt of diens vertegenwoordiger en vastgelegd in het behandelplan en de behandelovereenkomst.

Taken regiebehandelaar

De regiebehandelaar coördineert de afstemming tussen alle betrokken zorgverleners³ en is verantwoordelijk voor de integraliteit van de behandeling. Het overleg is gericht op overeenstemming door middel van gezamenlijke besluitvorming. Bij verschil van mening of inzicht over de in te stellen behandeling heeft de regiebehandelaar uiteindelijk de doorslaggevende stem, echter niet eerder dan nadat alle betrokken deskundigen gehoord zijn. Indien een verschil van mening of inzicht niet op deze

manier kan worden opgelost voorziet de zorgaanbieder in een escalatieprocedure waarvan zowel de regiebehandelaar als de overige bij de behandeling betrokken professionals gebruik kunnen maken. De regiebehandelaar draagt niet de verantwoordelijkheid voor de door andere zorgverleners tijdens het behandelingstraject uitgevoerde afzonderlijke verrichtingen en interventies. Daarvoor zijn en blijven die andere zorgverleners zelf ten volle verantwoordelijk.

Overige taken en verantwoordelijkheden van de regiebehandelaar:

1. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
2. De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
3. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de cliënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de cliënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de/cliënt vastgestelde behandelplan.
4. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de cliënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de cliënt.
5. De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de/cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling.

Specifieke taken van de regiebehandelaar binnen de gespecialiseerde ggz zijn:

- De regiebehandelaar is verantwoordelijk voor het intakeproces, draagt zorg voor het (doen) stellen van de diagnose en stelt samen met de patiënt een (voorlopig) behandelvoorstel op. De regiebehandelaar heeft hiervoor direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt.
- Blijkt tijdens de intake alsnog dat behandeling in de gespecialiseerde ggz niet is aangewezen, dan draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de patiënt/cliënt wordt doorverwezen naar de generalistische basis-ggz of wordt terugverwezen naar de huisarts.
- Als delen van het intake-/diagnostische proces door anderen dan de regiebehandelaar worden verricht, moet de regiebehandelaar via direct contact (ook beeldbellen) met de patiënt bij de beoordeling betrokken zijn.
- Indien de regiebehandelaar een ander is dan een psychiater of klinisch psycholoog, draagt de regiebehandelaar er zorg voor dat de intakegegevens en het (voorlopige) behandelvoorstel worden besproken in het multidisciplinair team.
- De regiebehandelaar draagt er zorg voor dat besluitvorming op cruciale momenten in de behandeling plaatsvindt en in het multidisciplinair team wordt afgestemd en getoetst. Dit is altijd, maar niet limitatief: wijziging behandelplan, ontslag, (dreigende) crisis. De regiebehandelaar ziet er tevens op toe dat de patiënt/cliënt hierbij betrokken is en dat de beslissing met betrekking tot het beleid wordt vastgelegd.

4.4 Loonregres

Wat is loonregres?

Is een werknemer (geheel of gedeeltelijk) arbeidsongeschikt geworden als gevolg van een ongeval dat door een ander is veroorzaakt, dan kan de werkgever deze kosten veelal verhalen op de veroorzaker van het ongeval: loonregres bij letselschade. De werkgever lijdt immers ook schade, doordat in Nederland voor de werkgever een loonbetalingsverplichting van soms wel twee jaren bestaat. Het verhalen van deze loonschade door de werkgever op de aansprakelijke partij heet 'loonregres'.

Het maakt niets uit of het ongeval plaatsvond buiten werktijd. Het zelfstandig verhaalsrecht ten opzichte van de aansprakelijke derde is opgenomen in artikel 6:107a lid 2 BW.

Indien een werkgever krachtens artikel 629, lid 1, van Boek 7 of krachtens individuele of collectieve arbeidsovereenkomst verplicht is tijdens ziekte of arbeidsongeschiktheid van de gekwetste het loon door te betalen, heeft hij, indien de ongeschiktheid tot werken van de gekwetste het gevolg is van een gebeurtenis waarvoor een ander aansprakelijk is, jegens deze ander recht op schadevergoeding ten bedrage van de door hem betaalde loon, doch ten hoogste tot het bedrag, waarvoor de aansprakelijke persoon, bij het ontbreken van de loondoorbetalingsverplichting aansprakelijk zou zijn, verminderd met een bedrag, gelijk aan dat van de schadevergoeding tot betaling waarvan de aansprakelijke persoon jegens de gekwetste is gehouden.

De aansprakelijkheid van de derde moet dus vast komen te staan. De uitval van de werknemer moet ook zijn veroorzaakt door het ongeval.

Wat kan worden verhaald?

Een werkgever in Nederland heeft de plicht de zieke werknemer te helpen bij zijn werkhervatting na ziekte. Hij moet hiervoor vaak kosten maken. Ook deze kosten kunnen worden verhaald op de veroorzaker van het ongeval. Ook deze kosten kunnen – zolang ze als redelijk worden beschouwd – worden verhaald op de derde. Zo zal een rekening van een erkend reïntegratiebedrijf dat door de werkgever werd ingeschakeld in de meeste gevallen voor vergoeding in aanmerking komen. Ook kunnen de kosten voor een out-placementbureau (wanneer terugkeer naar eigen werk niet mogelijk is) voor vergoeding in aanmerking komen.

Wat kan worden verhaald:

- Netto loon
- Administratiekosten
- Reïntegratiekosten
- Aanpassingskosten
- Kosten rechtsbijstand.

Wat niet kan niet worden verhaald:

- Kosten ter vervanging van de arbeidsongeschikte werknemer.
- De ingehouden loonbelasting en sociale premies (ook niet: pensioenpremie). De werkgever kan alleen die kosten claimen die de werknemer ook zelf had kunnen claimen.
- Gemiste omzet.
- Wanneer het letsel is ontstaan als gevolg van het gedrag van een andere werknemer kan de werkgever de loonkosten *niet* claimen. Dit is anders wanneer er bij de veroorzaker sprake is van opzet of grove roekeloosheid.

Er is wel een dubbele redelijkheidstoets: het moet redelijk zijn dat de kosten zijn gemaakt èn de hoogte van de kosten moet redelijk zijn.

Het verhaalsrecht van de werkgever is beperkt tot het zogenaamde 'civiele plafond'. Dit civiele plafond wordt als volgt omschreven:

'Ten hoogste kan worden verhaald het bedrag waarvoor de aansprakelijke persoon bij het ontbreken van een loondoorbetalingsverplichting aansprakelijk zou zijn, verminderd met het bedrag tot betaling waarvan de aansprakelijke jegens de gewonde werknemer is gehouden'

Hiermee wordt voorkomen dat de dader dezelfde schade twee keer moet betalen aan twee verschillende partijen, namelijk de werknemer (het slachtoffer) en de werkgever (de regresnemer).

Hoofdstuk 5: Tuchtrectelijke aansprakelijkheid van bestuurders, managers en opleiders in de zorg

5.1 Welke bestuurders en managers vallen onder het tuchtrect?

Bestuurders in de gezondheidszorg staan steeds meer in de schijnwerpers. Zij worden inmiddels ook, met andere leidinggevers, onder omstandigheden tuchtrectelijk aansprakelijk gehouden. De ommekeer in de tuchtrectelijke jurisprudentie vond plaats in de uitspraak van het CTG d.d. 19 april 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1057

De klacht in deze zaak betreft een arts die de functie bekleedt van directeur patiëntenzorg in een kliniek en die daarnaast (voor het grootste deel van de werktijd) samen met andere specialisten als arts in die kliniek werkzaam is. De arts had niet zelf zorg verleend aan klager. Door de klager, die bij een operatie in de kliniek ernstig verminkt is, wordt hem in hoofdzaak verweten dat hij heeft toegelaten dat de operatie werd uitgevoerd door een plastisch chirurg die niet als zodanig in Nederland geregistreerd was. Het Regionaal Tuchtcollege oordeelt dat de arts ook in zijn hoedanigheid van directeur patiëntenzorg tuchtrectelijk aansprakelijk kan zijn. Het college legt hem een waarschuwing op omdat hij ten onrechte niet gecontroleerd had of de plastisch chirurg in Nederland was ingeschreven. Ook het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat het handelen van artsen in een bestuurlijke of leidinggevende functie in beginsel tuchtrectelijk getoetst kan worden; wel moet voorkomen worden dat een arts aansprakelijk wordt gehouden voor keuzes in de bedrijfsvoering waarvoor hem in zijn managementfunctie in beginsel beleidsvrijheid toekomt. Ten aanzien van de klacht verenigt het CTG zich met het oordeel in eerste aanleg. Overigens wordt de bestuurder niet tuchtrectelijk aansprakelijk gehouden voor handelingen van de plastisch chirurg met betrekking tot het medisch dossier van klager. "Verweerder is in beginsel, behoudens bijzondere omstandigheden die in dit geval niet zijn gesteld of gebleken, niet verantwoordelijk voor de inhoud van het medisch dossier van klager. Verweerder is wel, ook tuchtrectelijk, verantwoordelijk voor een deugdelijk beheer. Ter zitting heeft verweerder onweersproken uiteengezet hoe het bewaren en bewaken van de dossiers in de kliniek is geregeld; het college acht deze regeling voldoende. Niet kan verweerder persoonlijk worden verweten dat de arts (mogelijk) het dossier of delen daarvan in strijd met de regels heeft meegenomen en delen van het dossier, al dan niet tijdelijk, in het ongerede zijn geraakt."

Artikel 47 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) bepaalt dat degene die in hoedanigheid van arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige of verpleegkundige in het BIG-register ingeschreven staat, onderworpen is aan tuchtrectspraak ter zake van: a. enig handelen of nalaten in strijd met de zorg die hij in die hoedanigheid behoort te betrachten ten opzichte van "degene, met betrekking tot wiens gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen" of "degene die, in nood verkerende, bijstand met betrekking tot zijn gezondheidstoestand behoeft" en "de naaste betrekkingen" van deze personen; b. enig ander handelen in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg.

5.2 Aan welke norm wordt hun handelen getoetst?

Bij de tuchtrectelijke toetsing gaat het er niet om of het handelen van verweerder beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of hij/zij bij het beroepsmatig handelen of nalaten is gebleven binnen de grenzen van een redelijke 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.

Voor het tuchtrect moet wel sprake zijn van persoonlijke verwijtbaarheid. Een tuchtcollege is niet bevoegd om een organisatie te beoordelen, zoals een afdelingsteam of een zorginstelling. Ook al zou komen vast te staan dat een patiënt niet goed is behandelend, dan moet vervolgens nog vastgesteld worden dat deze behandeling is verricht door de aangeklaagde of dat de aangeklaagde op een andere wijze tuchtrectelijk kan worden aangesproken doordat tekortkomingen van anderen of in de organisatie aan haar persoonlijk kunnen worden verweten. De beroepsbeoefenaar die wordt aangeklaagd, moet niet alleen zijn ingeschreven in het BIG-register, maar ook in die hoedanigheid hebben gehandeld.

Voor ontvankelijkheid is het dus niet vereist dat er sprake is van een behandelrelatie. Er kan immers ook sprake zijn van handelen of nalaten in de ingeschreven hoedanigheid in strijd met het belang van

een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Het moet dan wel gaan om handelen of nalaten dat betrekking heeft op een patiënt/cliënt of de behandeling daarvan. Ook moet het gaan om individuele gezondheidszorg. Zo oordeelde het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam in februari 2014 dat daarvan geen sprake is bij opname op een afdeling kortdurend verblijf van een verzorgingshuis, waarbij alleen ondersteuning van ADL-activiteiten wordt geboden. Het Centraal Tuchtcollege oordeelde (op 19 juni 2014) dat een klacht (tegen de verpleegkundige-bedrijfsmanager) over een klachtafhandeling ook niet onder het tuchtrecht valt. "Op grond van artikel 47 van de Wet BIG is voor het onderworpen zijn aan tuchtrechtspraak in de eerste plaats vereist dat de verpleegkundige heeft gehandeld in die hoedanigheid. Dat is hier niet het geval. Verweerder heeft zich niet begeven op het gebied van de individuele gezondheidszorg jegens klager. Verweerder heeft enkel de klacht over de intake afgehandeld (...) en dat handelen valt niet onder het bereik van de Wet BIG. Daarom is klager niet-ontvankelijk in zijn klacht."

Daarnaast moet de klager wel zijn aan te merken als rechtstreeks belanghebbende. Zo oordeelde het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle (op 1 augustus 2014) dat, nu klaagster door het terreinverbod niet in haar gezondheid is geschaad en ook overigens niet gebleken is dat klaagster door het terreinverbod persoonlijk is getroffen, zij niet als rechtstreeks belanghebbende kan worden aangemerkt.

Voorwaarde voor ontvankelijkheid van een klacht jegens een leidinggevende is, zoals hiervoor aangegeven, dat het verweten handelen of nalaten voldoende weerslag heeft op de individuele gezondheidszorg. Bij de toets of hiervan sprake is, is het goed een onderscheid te maken tussen werkgevers van een relatief kleine praktijk, leidinggevend van een afdeling en bestuurders van zorginstellingen als een ziekenhuis. Zoals hierna zal blijken, wordt in de jurisprudentie de betrokkenheid van de eerste twee "soorten" leidinggevend eerder aangenomen dan bij bestuurders van een instelling.

Praktijkhouders

Wat betreft de eerste categorie is de werkgever-leidinggevende vaak nauw betrokken bij het primaire zorgproces. Om die reden wordt de klager in de regel ontvankelijk geacht in zijn klacht als daarbij iets fout is gegaan. Dit is onder te zien aan een tuchtzaak uit 2013 (26 april 2013) waarbij de aangeklaagde een gz-psycholoog is en eigenaar van een praktijk met diverse psychologen in loondienst. Het tuchtcollege oordeelde dat de eigenaar/werkgever (niet zijnde behandelaar) onderworpen kan worden aan het tuchtrecht omdat het handelen van de psycholoog-leidinggevende voldoende weerslag heeft op de gezondheidszorg, aangezien zij bepaalt wie welke cliënten toegewezen krijgt, als enige verantwoordelijk is voor procedures en processen binnen de praktijk en zij geacht wordt het voor de behandelaren mogelijk te maken om behandelingen uit te voeren, alsook omdat zij intercollegiaal overleg en intervisie voert.

In een andere zaak, waarbij de klaagster klaagde over het feit dat een assistente van een huisarts (zonder overleg) een kopie van het medisch dossier van een patiënt aan een familielid had verstrekt, oordeelde het tuchtcollege dat van een praktijkhouder mag worden verwacht dat hij zijn praktijk zodanig heeft georganiseerd dat assistentes niet op eigen gezag medische gegevens aan derden verstrekken. Het college houdt de huisarts dan ook eindverantwoordelijk voor het handelen van de assistente. Klaagster wordt niet alleen ontvankelijk geacht in haar klacht, maar de klacht wordt ook gegrond bevonden (RTG Amsterdam 5 november 2013). Een soortgelijk oordeel gaf het tuchtcollege te Zwolle over een tandarts die als praktijkhouder/bestuurder wordt aangemerkt en verantwoordelijk wordt geacht voor het niet volgens de regels verrichten van voorbehouden handelingen door een mondhygiëniste: "Het college is van oordeel dat de praktijk moet worden gekwalificeerd als een zorginstelling in de zin van artikel 1 lid 1 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De binnen de instelling verleende zorg dient derhalve te voldoen aan de in deze wet gestelde eisen. Dat betekent onder meer dat de zorgverlening op zodanige wijze georganiseerd moet worden dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg (vergelijk artikel 3 van voornoemde wet). Het college is met de inspectie van oordeel dat verweerder die bestuurder van de praktijk is, hiervoor eindverantwoordelijk is. De vennootschapsrechtelijke vorm waarin de praktijk is vervaard, doet hier niet aan af" (RTG Zwolle 1 november 2013).

Leidinggevende afdeling of locatie

Ook een klacht tegen een verpleegkundige-leidinggevende wordt ontvankelijk geacht indien het verweten handelen voldoende neerslag heeft op de individuele gezondheidszorg. Zo worden de

kinderen van een patiënt, die was verpleegd op de verpleegafdeling van het woonzorgcentrum waar de verpleegkundige werkzaam was als locatiedirecteur, in een uitspraak uit 2013 ontvankelijk geacht in hun klachten. Volgens het Centraal Tuchtcollege volgt uit het feit dat de leidinggevende op de hoogte is gehouden over de situatie met betrekking tot de patiënt en de te nemen stappen dat er sprake is geweest van handelen van een verpleegkundige in een bestuurlijke of leidinggevende functie dat voldoende weerslag heeft gehad op de individuele gezondheidszorg (CTG 26 maart 2013). Ook was ontvankelijkheid het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven in een zaak tegen een verpleegkundige-leidinggevende, waarbij haar – kort gezegd- werd verweten onvoldoende toezicht te hebben gehouden waardoor de patiënt verwaarloosd was. De verpleegkundige was niet betrokken bij de individuele verzorging van patiënten, maar droeg zorg voor de algemene gang van zaken op de afdeling. Het tuchtcollege stelt vast dat weliswaar aannemelijk is geworden dat er onvoldoende is gelet op de voedsel- en vochtinname van patiënte, maar - omdat er op de afdeling een voldoende duidelijke structuur bestond om problemen als de onderhavige te onderkennen - de leidinggevende niet een persoonlijk verwijt kan worden gemaakt. Het feit dat deze structuur de onderhavige klacht niet heeft kunnen voorkomen, is te wijten aan een onvoldoende zorgvuldige uitvoering van de betreffende regels waarvan de leidinggevende niet op de hoogte is gesteld. De klacht wordt derhalve afgewezen (RTG Eindhoven 28 november 2012). Ook voldoende weerslag op de gezondheidszorg heeft bijvoorbeeld de beslissing van een zorgmanager of directeur van een zorgcentrum om de bezoekersregeling van een cliënt te beperken (vanwege overlast door de bezoekers) (CTG 6 februari 2014).

Een uitspraak uit 2014 betreft een klacht van een patiënt over de onveilige situatie in een woning. De klacht was gericht tegen een verpleegkundige in hoedanigheid van bedrijfskundig manager. Het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven oordeelde dat klager ontvankelijk was in zijn klacht omdat de verpleegkundige verantwoordelijk was voor de locatie van Beschermd Wonen waar klager verbleef en dat hij in die periode leiding heeft gegeven aan het team woonbegeleiding. De klacht wordt vervolgens wel ongegrond verklaard. Het college overweegt dat - met inachtneming van de aan verweerder op dit punt toekomstige beleidsvrijheid - niet kan worden gezegd dat onvoldoende maatregelen zijn genomen om aan de overlast voor klager een einde te maken (RTG Eindhoven 6 mei 2014).

Eerder is er al op gewezen dat een (arts-)bestuurder in 2011 niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk werd gehouden voor incidentele handelingen van een arts met betrekking tot een medisch dossier. Uit een uitspraak uit 2014 blijkt dat de verpleegkundige die als locatiemanager werkzaam was, wel tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan zijn voor het ontbreken van een rapportage (CTG 7 januari 2014). Het college overwoog: "Uit de stukken en het ter zitting verhandelde blijkt dat verweerder in haar functie als locatiemanager onder meer het toezicht op de kwaliteit van zorg en op de naleving van de in dit verband met medewerkers gemaakte afspraken (onder andere betreffende het rapporteren van individuele patiënten) tot haar taken rekent, althans dat zij er persoonlijke bemoeienis mee heeft wanneer het aan behoorlijke rapportage blijkt te ontbreken. Nu de klacht van klager inhoudt dat rapportage gedurende een periode van ongeveer een week achterwege is gebleven, volgt uit het voorgaande dat het aan verweerder verweten handelen c.q. nalaten voldoende weerslag heeft op het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg".

Bestuurders zorginstelling

Onder omstandigheden kan een bestuurder van een instelling tuchtrechtelijk aansprakelijk worden gehouden indien de bestuurder geen maatregelen neemt, terwijl hij weet dat een medewerker ernstig disfunctioneert. In de zaak Jansen Steur oordeelde het CTG in een klacht tegen de bestuurder als volgt (CTG 9 april 2015): "Vervolgens moet het de verpleegkundige verweten handelen of nalaten niet alleen een handelen of nalaten in de hoedanigheid van ziekenhuisbestuurder maar tevens *in de hoedanigheid van verpleegkundige* betreffen. In een geval als het onderhavige waarin, naar vaststaat, de verpleegkundige ter zake steeds is opgetreden als bestuurder van het ziekenhuis waaraan de neuroloog was verbonden, kan eerst sprake zijn van een tevens optreden in de hoedanigheid van verpleegkundige indien hij bij zijn optreden als bestuurder zich heeft begeven op het terrein waarop hij ook de deskundigheid bezit waarvoor hij als verpleegkundige in het BIG-register is ingeschreven. Gemeten aan deze maatstaf moet geconcludeerd worden dat wat de verpleegkundige door klagers wordt verweten ligt op het deskundigheidsgebied van een verpleegkundige. Het door klagers aan de verpleegkundige verweten niet adequate optreden in het licht van de hem bekende ernstige gezondheidsrisico's die patiënten van de neuroloog liepen als gevolg van de toen gebleken verslaving van de neuroloog aan bepaalde medicijnen en gebreken in zijn diagnostiek en dossiervoering ligt immers zonder twijfel in het algemeen ook op het terrein waarop de

verpleegkundige de deskundigheid bezit waarvoor hij als verpleegkundige in het BIG-register is ingeschreven, en niet uitsluitend op het deskundigheidsterrein van een neuroloog of andere arts.”

In een zaak voor het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle uit juni 2012 werd de bestuurder (een verpleegkundige) onder meer slechte communicatie binnen het ziekenhuis verweten, het zoekraken van een MRI-formulier en onduidelijkheid omtrent het hoofdbehandelaarschap. Het tuchtcollege geeft aan dat het handelen van een bestuurder onder de tweede tuchtnorm kan vallen, mits het handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Zonder expliciet aan inhoudelijk dit criterium te toetsen oordeelt het tuchtcollege dat sprake is van ontvankelijkheid (RTG Zwolle 7 juni 2012). Het college stelt (voor wat betreft onderzoek naar gegrondheid van de klacht) voorop dat bij toepassing van het tuchtrecht terughoudendheid moet worden betracht als sprake is van handelen van de BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar dat betrekking heeft op de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder die worden verleend. Met name moet worden voorkomen dat de betrokken beroepsbeoefenaar tuchtrechtelijk aansprakelijk wordt gehouden voor keuzes in de bedrijfsvoering waarvoor hem in zijn managementfunctie in beginsel beleidsvrijheid toekomt, ook al kunnen die keuzes gevolgen hebben voor de individuele zorgverlening. Het tuchtcollege wijst de klacht af met de volgende overwegingen. “Anders dan klagers stellen kan verweerster niet verantwoordelijk worden gehouden voor de zaken die naar klaagsters mening verkeerd zijn gelopen in de communicatie tussen verschillende hulpverleners en afdelingen. De betrokken artsen en ander personeel hebben daarin ieder een eigen verantwoordelijkheid en kunnen daar ook op worden aangesproken. Niet aannemelijk is geworden dat verweerster als lid van de Raad van Bestuur hierin tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Verweerster heeft in deze casus aanleiding gezien om als lid van de Raad van Bestuur in gesprek te gaan met klaagster en haar familie. Partijen zijn het er over eens dat dit gesprek in eerste instantie naar tevredenheid verliep. Later is er verschil van mening ontstaan over al dan niet gedane toezeggingen door verweerster in dit gesprek. Het is spijtig dat dit gesprek kennelijk voor klaagster uiteindelijk niet heeft opgeleverd wat zij ervan verwachtte. Het college kan echter bij gebrek aan feitelijke grondslag, nu niet is na te gaan wat er tijdens dit gesprek is gezegd, niet tot het oordeel komen dat verweerster hierin tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.”

Hetzelfde ontvankelijkheidsoordeel ontving de klager die een geneesheer-directeur van een instelling had aangeklaagd over het stellen van een diagnose en onvoldoende informatie verstrekken over de behandeling. “In het onderhavige geval staat vast dat de psychiater naar aanleiding van de ontslagverzoeken die klager bij hem had ingediend, klagers (medisch) dossier heeft doorgenomen, met klager heeft gesproken en voorts inlichtingen heeft ingewonnen bij de behandelend psychiater van klager. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege kunnen deze verrichtingen van de psychiater rechtsreeks hun weerslag hebben op een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg jegens klager”(CTG 30 augustus 2012).

Het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven oordeelde in een uitspraak uit 2013 dat de klachten over de behandeling door de psychiater en een SPV'er, werkzaam bij de organisatie waarvan de psychiater bestuurder is, mede terug te voeren zijn op organisatorisch falen, en dat een geneesheer-directeur, of hij nu deel uitmaakt van het bestuur of niet, (mede)verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de organisatie van de zorg voor de patiënt. De tuchtrechter kan daarom toetsen of het handelen van verweerder in zijn hoedanigheid van geneesheer-directeur in strijd komt met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Klagers werden derhalve ontvankelijk geacht in hun klacht. Inhoudelijk is van belang de overweging van het college dat een enkel incident, hoe ernstig de gevolgen ook zijn geweest, onvoldoende is om te leiden tot een individueel verwijt aan verweerder, die met de behandeling geen enkele bemoeienis heeft gehad. Voor wat betreft de nazorg, waar de geneesheer-directeur wel direct bij betrokken was, is hij wel tekort geschoten, evenals ter zake van de meldplicht in de zin van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (RTG Eindhoven 18 maart 2013).

In een zaak waarbij de klager erover klaagde dat de arts (psychiater) als directeur van de kliniek onvoldoende gedaan had om ervoor zorg te dragen dat de neusoperatie zou worden uitgevoerd, overwoog het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag (conform inmiddels dus vaste jurisprudentie) het volgende: “In navolging van recente jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG 19 april 2011, nr. C2010.159) is het College van oordeel dat de arts in een bestuurlijke of leidinggevende functie, zoals die waarin in dit geval sprake is, voor zijn handelen tuchtrechtelijk aansprakelijk kan zijn. De tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47, lid 1 van de Wet BIG betreffen niet alleen handelen of nalaten in de 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). Dit laatste handelen kan ook tot een tuchtrechtelijke veroordeling leiden, mits het handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Daarbij dient terughoudend te worden getoetst als het handelen van de arts niet een individuele patiënt betreft, maar veeleer betrekking heeft op de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder die worden verleend, omdat dit handelen behoort tot keuzes in het kader van de bedrijfsvoering waarbij de directeur/bestuurder in beginsel beleidsvrijheid heeft, ook al kunnen die keuzes gevolgen hebben voor de individuele gezondheidszorg." Het college is van oordeel dat het in de klacht omschreven handelen, dan wel nalaten valt onder de tweede tuchtnorm zoals neergelegd in artikel 47 lid 1 sub b van de Wet BIG. Vervolgens werd de klacht wel afgewezen (RTG Den Haag 3 april 2012).

Het CTG oordeelde in 2013 dat klager ontvankelijk was in zijn klacht tegen een psychiater, bestuurder van een BOPZ-instelling, inhoudende dat hij onvoldoende toezicht had gehouden op het handelen van psychiaters en het verplegend personeel omdat een geneesheer-directeur belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied (CTG 25 juni 2013). Niet overwogen werd of het handelen voldoende weerslag had op de individuele gezondheidszorg of dat er een te grote bestuurlijke afstand was.

Geneesheer-directeuren van een BOPZ-instelling bekleden een bijzondere positie omdat zij zelf beslissingen nemen aangaande de patiënt. Zo kan het handelen van een psychiater die in hoedanigheid van geneesheer-directeur verantwoordelijk is voor het besluit tot een beperkte toegang van de patiënt met diens advocaat (artikel 40 BOPZ) worden getoetst aan de tweede tuchtnorm, ook al is er geen sprake geweest van zorgverlening (CTG 6 juni 2013). Hetzelfde gold voor de psychiater, geneesheer-directeur van een instelling, waarvan klager op de FPA is opgenomen, en die een ontslagverzoek van klager had afgewezen na informatie te hebben ingewonnen bij de behandelaar van de patiënt, het dossier had doorgenomen en met klager heeft gesproken. In die zin is er wel degelijk individuele gezondheidszorg verleend (CTG 30 augustus 2012). Een ander voorbeeld geeft RTG Den Haag (7 januari 2014) waarin psychiater-plaatsvervangend hoofd van de inrichting besluiten neemt op het gebied van tbs-adviezen zoals verlof. Een ander oordeel geeft RTG Groningen in 2013 (12 november 2013) waarin de klager de directeur van de tbs-kliniek verweet in gebreke te zijn gebleven met betrekking tot de zorg aan klager. De directeur had een brief van klager, waarin hij vraagt om een gesprek nu zijn resocialisatietraject was stopgezet doorgezonden aan de eerste geneeskundige en dat ook aan klager medegedeeld. Alleen dit feit maakt dat er volgens het tuchtcollege niet dat sprake is van handelen van de directeur dat weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Hiervan is volgens het tuchtcollege wel sprake in de procedure tegen de eerste geneeskundige.

Er moet wel worden opgelet of de bestuurder wel verantwoordelijk is voor datgene waarover wordt geklaagd. Zo werd een klacht tegen een directeur bedrijfsvoering (een verpleegkundige) niet-ontvankelijk verklaard omdat hij niet verantwoordelijk is voor de patiëntenzorg en derhalve diens handelen in dit geval onvoldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Er is in de kliniek ook een directeur zorg en behandeling aanwezig (CTG 10 december 2013).

In een zaak waarbij de directeur patiëntenzorg gesprekken had gevoerd met klager als vader van de patiënt over de zorg die aan patiënt werd verleend en het toezicht dat de directeur daarop hield, werd geoordeeld dat de arts zich heeft begeven op zijn deskundigheidsgebied als arts en derhalve klager ontvankelijk is in zijn klacht daarover (CTG 26 juni 2012).

Indien een klager zich op het standpunt stelt dat een bestuurder/arts tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden geacht voor fouten gemaakt in het ziekenhuis, dan kan hij overigens daarentegen een niet-ontvankelijkheidsoordeel tegemoet zien "nu het tuchtrecht geen basis biedt voor een dergelijke aansprakelijkheid", aldus het Centraal Tuchtcollege (23 januari 2014). In tegenstelling tot de situatie dat de klacht is dat de psychiater in hoedanigheid van geneeskundig directeur van een GGZ-instelling geen eindverantwoordelijkheid heeft genomen voor het handelen van zorgverleners binnen de GGZ; dan acht het Centraal Tuchtcollege dat de klager wel ontvankelijk is in zijn klacht. De klacht wordt in deze zaak vervolgens wel ongegrond verklaard omdat iedere zorgverlener primair zelf verantwoordelijk wordt geacht voor zijn handelen en niet is gebleken dat zich zulke situaties of incidenten hebben voorgedaan dat de geneesheer-directeur/lid van de Raad van Bestuur had moeten ingrijpen. Hier komt volgens het tuchtcollege nog bij dat de directeur-behandelzaken het eerste

aanspreekpunt is in aangelegenheden die zorgverleners binnen de instelling betreffen CTG 17 januari 2013).

Kortom

Het handelen van een bestuurder kan aan de tweede tuchtnorm worden getoetst, als het (verweten) handelen voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Als een bestuurder frequent op de hoogte wordt gebracht met betrekking tot de situatie van de patiënt en/of een gesprek met klager over diens onvrede is aangegaan, dan zal klager zeker ontvankelijk worden geacht in zijn klacht. Naast deze persoonlijke betrokkenheid van de bestuurder is voor de ontvankelijkheid van belang of de klachten terug te voeren zijn op organisatorisch falen, waarvoor hij verantwoordelijk is. Indien dat het geval is, dan is sprake van ontvankelijkheid. De achterliggende reden is dat de bestuurder verantwoordelijk is voor de kwaliteit van de organisatie van de zorg voor de patiënt en de tuchtrechter vindt dat hij daarover dient te mogen oordelen.

Als ontvankelijkheid wordt aangenomen, dan wordt vervolgens de gegrondheid van de klacht onderzocht. Daarbij is van belang of hetgeen is gebeurd (en waarover wordt geklaagd) daadwerkelijk is terug te voeren op organisatorisch falen. Bij praktijkhouders worden incidentele fouten van medewerkers sneller aan hen toegerekend dan bij bestuurders in de zorg. Indien deze bestuurder geen enkele bemoeienis met de zorg heeft gehad en de organisatie is op orde, dan zal een enkel incident, hoe ernstig de gevolgen ook zijn geweest, onvoldoende worden geacht om te leiden tot een individueel verwijt aan de verweerder.

Bij bestuurders wordt door de tuchtcolleges voorts geoordeeld dat er wel terughoudendheid moet worden betracht als het handelen van een BIG-geregistreeerde beroepsbeoefenaar wordt getoetst dat betrekking heeft op de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder die worden verleend. Er moet namelijk worden voorkomen dat de betrokken beroepsbeoefenaar tuchtrechtelijk aansprakelijk wordt gehouden voor keuzes in de bedrijfsvoering waarvoor hem in zijn managementfunctie in beginsel beleidsvrijheid toekomt, ook al kunnen die keuzes gevolgen hebben voor de individuele zorgverlening.

Indien een werkorganisatie de klacht niet heeft kunnen voorkomen, doch (de klacht) te wijten is aan een onvoldoende zorgvuldige uitvoering van de betreffende regels of een incident betreft waarvan de leidinggevende niet op de hoogte is gesteld, dan kan de leidinggevende geen persoonlijk verwijt worden gemaakt en zal de klacht worden afgewezen.

5.3 Zijn opleiders tuchtrechtelijk aansprakelijk en zo ja, waarvoor?

Bij de aanvang van de opleiding drukt een aanzienlijk deel van de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid voor het handelen van de zorgverlener in opleiding op de schouders van de opleider c.q. de supervisor, terwijl naarmate er meer aan de opleiding kan worden toevertrouwd de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid gaandeweg wordt gedeeld tussen opleider/supervisor en de opleiding. Zie voorts casus 3.

Casus 1

28 februari 2017

**Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg
te Groningen**

Beslissing op de klacht van:

De Inspectie voor de Gezondheidszorg,

(...)

tegen

A,
verweerder,
voorheen werkzaam als psychiater te B,

1. Het verloop van de procedure
(...)

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het college uit van de volgende feiten.

2.1

C is een instelling voor verstandelijk gehandicapten. C heeft XX bedden verdeeld over XX locaties. De meeste cliënten hebben een justitiële titel of BOPZ-status. B is de grootste locatie met XX bedden. Deze locatie beschikt over gesloten, besloten en open afdelingen. B is een zwakzinnigeninstelling in de zin van art. 1, lid 1 sub h, Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). B heeft twee organisatie-eenheden, met elk een eigen kliniekhoofd. Het kliniekhoofd is een GZ-psycholoog. Het kliniekhoofd geeft leiding aan de behandelaren (GZ-psychologen en orthopedagogen). Op B is aan iedere afdeling voor een paar uur per week een psychiater verbonden. De psychiaters (in totaal X) die aan B zijn verbonden, werken daar één of twee dagen per week, voornamelijk op basis van een zzp-constructie.

2.2

Verweerder is met ingang van 1 december 2008 voor onbepaalde tijd in dienst getreden bij C. Hij is per 1 september 2009 aangesteld als geneeskundige/geneesheer-directeur voor alle locaties van C. Hij werkt voor 16 uur per week als psychiater voor locatie B en voor 8 uur als hoofd medisch psychiatrische dienst voor alle locaties. De functie van geneesheer-directeur is omschreven in de functieomschrijving eerste geneeskundige/hoofd psychiatrische dienst. Klaagster heeft bij de uitvoering van haar toezichthoudende taken met verweerder in 2013, 2014 en 2015 contact gehad en hem daarbij gewezen op tekortkomingen in zijn functioneren. Op 1 oktober 2015 is de functie van hoofd medisch psychiatrische dienst voor verweerder vervallen. Verweerder is per 1 oktober 2016 uit dienst van B getreden.

2.3

Verweerder heeft op 5 juni 2015, in zijn hoedanigheid van geneesheer-directeur, het overlijden door suïcide van een patiënt gemeld bij het registratiekantoor Bopz, dat de melding doorstuurde naar het Meldpunt van klagster. Klaagster vroeg B zelf een calamiteitenonderzoek te doen. Naar aanleiding van de resultaten van dit onderzoek heeft de klagster vervolgens zelf onderzoek gedaan.

2.4

De betrokken patiënt is op 1 maart 2014 met een machtiging voortgezet verblijf op grond van art. 16 Wet Bopz gedwongen opgenomen in C. Op 23 april 2015 wordt patiënt, na verblijf op diverse andere locaties, geplaatst op B. Voor patiënt is een behandelplan opgesteld voor de periode van 24 april 2015 tot 22 juli 2015. Bij patiënt is sprake van paranoïde psychotisch beeld en suïcidaliteit. Voor patiënt was niet een psychiater hoofdbehandelaar. Binnen de locatie B wordt patiënt verschillende keren overgeplaatst naar een andere afdeling en krijgt te maken met verschillende medewerkers en acht verschillende psychiaters. Het medicamenteuze beleid wordt door elkaar opvolgende psychiaters met regelmaat gewijzigd. Tijdens het verblijf op B wordt patiënt vanaf 18 mei 2015 verschillende keren gesepareerd. Patiënt heeft regelmatig gevraagd de separatie te beëindigen. De verzoeken hiertoe zijn door de behandelaars niet opgevat als verzet in de wettelijke zin, omdat patiënt niet in zijn verzet persisteerde. Vanaf 11 mei 2015 deed patiënt suïcidale uitspraken en op 18 mei 2015 heeft hij geprobeerd zichzelf te suïcidieren. Die poging is mislukt. Op 29 mei 2015 wordt besloten dat patiënt moet worden overgeplaatst. In afwachting daarvan verblijft patiënt op XX-XX-2015 alleen op zijn kamer en doet daar een zelfmoordpoging aan de gevolgen waarvan hij op XX-XX-2015 overlijdt.

3. De klacht

De klacht luidt – kort gezegd – als volgt.

Verweerder heeft de tweede tuchtnorm van art. 47 lid 1, aanhef en b Wet Big geschonden door:

Klachtonderdeel 1: onvoldoende zorg te dragen dat het Protocol behandelinhoudelijke verantwoordelijkheidsverdeling van februari 2008 (bijlage 16) binnen C werd nageleefd. Hij had moeten bewerken dat voor patiënt een psychiater als hoofdbehandelaar werd aangewezen, omdat bij patiënt een ernstige psychiatrische problematiek speelde. De regie lag ten onrechte niet bij één psychiater als hoofdbehandelaar. Er was sprake van een gefragmenteerde behandeling.

Klachtonderdeel 2: onvoldoende zorg te dragen dat de landelijke Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (bijlage 13) en het Interne Suïcide Protocol werden nageleefd. Er is in het onderhavige geval niet gezorgd voor regelmatige risicotaxaties met een passend preventieplan en signaleringsplan. Hierin had verweerder een eigen verantwoordelijkheid. Inhoudelijke taken zijn voor een geneesheer-directeur uitgesloten van mandatering. Pas na de suïcide van patiënt heeft verweerder aan de Raad van Bestuur om een opnamestop gevraagd van suïcidale patiënten.

Klachtonderdeel 3: geen verantwoordelijkheid te nemen voor het toetsen van de separaties. Ondanks uitingen van verzet van patiënt heeft verweerder te gemakkelijk aangenomen dat er sprake was van separaties zonder verzet. Hij heeft er niet op toegezien dat er bij die uitingen van verzet steeds een second opinion bij de separaties werd gevraagd. Hij heeft hierover ten onrechte geen vragen aan de behandelaren gesteld. Verweerder had moeten weten dat C een verkeerde definitie van verzet hanteerde. Voor het hanteren van die verkeerde definitie is C in het verleden door klaagster verschillende keren beboet.

Klachtonderdeel 4: te handelen in strijd met art. 40a Wet Bopz door niet te bewerkstelligen dat patiënt bij iedere beslissing tot dwangbehandeling schriftelijk in kennis werd gesteld van de mogelijkheid van beroep tegen separaties.

4. Het verweer

Het verweer komt – kort gezegd – op het volgende neer.

Aangaande het eerste klachtonderdeel

Het protocol behandelinhoudelijke verantwoordelijkheidsverdeling had niet de status van protocol binnen C. Patiënt werd dagelijks gezien door een psychiater. De betrokken psychiaters hebben kennelijk geoordeeld dat het hoofdbehandelaarschap niet door een psychiater behoefde te worden overgenomen. Patiënt is niet uit beeld geweest van zijn behandelaar. Binnen C bestond de praktijk dat een GZ-psycholoog hoofdbehandelaar was en niet de psychiater.

Aangaande het tweede klachtonderdeel

Verweerder hoefde in de casus van patiënt niet te interveniëren en hoefde ook niet te controleren of het suïcideprotocol op juiste wijze werd toegepast door de behandelaren. De kliniekhouders zijn hiervoor verantwoordelijk. Verweerder hoefde in individuele gevallen niet in te grijpen. Hiervoor ontbraken hem daartoe de middelen.

Aangaande het derde klachtonderdeel

Alle betrokken functionarissen waren van oordeel dat er geen sprake was van dwangbehandeling. Daarom hoefde verweerder de separaties niet te toetsen. Verweerder heeft zorgvuldig gehandeld.

Aangaande het vierde klachtonderdeel

De patiënt is mondeling geïnformeerd over de beroepsmogelijkheid. De betrokken informatie over de beroepsmogelijkheid hangt duidelijk zichtbaar in de separeerruimte aan de muur.

5. Beoordeling van de klacht

5.1

Het college merkt op dat klaagster in haar klaagschrift een vijfde klacht over het risico op herhaling heeft ingediend. Het college behandelt deze klacht niet als zelfstandige klacht, omdat klaagster blijkens haar pleitaantekeningen wenst dat met het risico op herhaling alleen rekening wordt gehouden bij het opleggen van een maatregel (zie onder 20 van de pleitaantekeningen). Klaagster spreekt in haar pleitaantekeningen dan ook

over vier klachtonderdelen. Het college zal deze vier klachten ten gronde bespreken. Het college zal bij de beoordeling over de op te leggen maatregel deze vijfde klacht betrekken.

5.2

Bij het vormen van zijn oordeel heeft het college zich gerealiseerd dat verweerder in de periode waarin hij als geneeskundige/geneesheer-directeur een zware en ingewikkelde functie in een complexe organisatie vervulde. Het college is ervan overtuigd dat verweerder zijn best heeft gedaan om zijn taak naar behoren uit te voeren. Hij werd daarbij onder andere belemmerd door de omstandigheid dat in B slechts parttime psychiaters werkzaam waren. Ook is zijn verzoek om naast hem een tweede persoon aan te stellen slechts gedurende korte tijd in 2014 door de Raad van Bestuur gehonoreerd. Het college heeft daarbij nog geconstateerd dat de invloed van verweerder op het opnamebeleid gering was, hetgeen voor hem ook een complicerende factor was. Ten slotte heeft het college ervan kennis genomen dat verweerder na een periode van overwerktheid in oktober 2016 zijn functie binnen C heeft neergelegd.

5.3 Eerste klachtonderdeel

Het college is van oordeel dat het eerste klachtonderdeel gegrond is. Het college laat in het midden of verweerder wel of niet op de hoogte was dan wel had moeten zijn van het uit februari 2008 stammende protocol behandelinhoudelijke verantwoordelijkheidsverdeling. In de e-mail van 7 maart 2016 merkt verweerder zelf op dat hij ervoor heeft gezorgd dat sedert 2011 op de voorkant van elk zorgplan staat dat, als de situatie daartoe aanleiding geeft, de psychiater hoofdbehandelaar is. Deze clause is ook te vinden in het behandelplan van patiënt. Het college meent dat het concentreren van het hoofdbehandelaarschap bij één psychiater bij psychiatrische problematiek, zoals deze zich bij de patiënt voordeed, van belang is met het oog op de vereiste kwaliteit van zorg en de continuïteit daarvan. Verweerder heeft weliswaar opgemerkt dat het bewerkstelligen van de toestand dat een psychiater hoofdbehandelaar is in B op praktische problemen stuitte, maar het college is van oordeel dat in het algemeen en in het bijzonder in het geval van deze betrokken patiënt die zeer ernstige psychiatrische klachten had verweerder in zijn hoedanigheid van geneesheer-directeur onvoldoende doorzettingsmacht aan de dag heeft gelegd teneinde te bereiken dat een psychiater hoofdbehandelaar was. Het idee dat bij psychiatrische problematiek een psychiater hoofdbehandelaar is, mag naar het oordeel van het college niet slechts een papieren werkelijkheid zijn, hetgeen bij B het geval was. Het behoort naar het oordeel van het college tot de taak van een geneesheer-directeur ervoor te zorgen dat dit niet het geval is.

5.4 Tweede klachtonderdeel

Het college oordeelt dat ook het tweede klachtonderdeel gegrond is. Het college is van oordeel dat verweerder in zijn hoedanigheid van geneesheer-directeur onvoldoende heeft gezorgd dat de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag en het Interne Suïcide Protocol binnen B in de dagelijkse praktijk werden nageleefd. De geneesheer-directeur was houder van dit protocol en verantwoordelijk voor de uitvoering en de toepassing ervan. Verweerder heeft niet aannemelijk kunnen maken dat hij bij voorbeeld door het doen van navraag bij kliniekhoofden heeft geprobeerd vast te stellen of en in hoeverre de richtlijn en het protocol binnen B daadwerkelijk werden nageleefd. Pas naar aanleiding van de calamiteit met de patiënt heeft hij definitief vastgesteld dat de kennis van de richtlijn en het protocol bij de behandelaren onvoldoende was en heeft hij een opnamestop voor patiënten met suïcidale problematiek bepleit. Verweerder had deze problematiek naar het oordeel van het college naar aanleiding van onderzoek dat hij bij de behandelaars had moeten verrichten op een eerder moment ter hand moeten nemen. Hij is te lang te passief geweest.

5.5 Derde en vierde klachtonderdeel

Naar het oordeel van het college zijn ook het derde en vierde klachtonderdeel gegrond. Het college oordeelt dat het op de weg van verweerder als geneesheer-directeur lag om aan de behandelaars duidelijk te maken wat de wettelijke omschrijving van verzet is. Binnen B werden aan 'verzet' te hoge eisen gesteld. Hij heeft op dit punt ten onrechte geen actie ondernomen tot na de calamiteit van patiënt. Daardoor duurde binnen B onder verantwoordelijkheid van verweerder gedurende lange tijd een praktijk voort met betrekking tot dwangbehandelingen die in strijd was met Wet Bopz. Ook wat betreft de informatievoorziening aan patiënten over dwangbehandelingen heeft verweerder er onvoldoende op toegezien dat aan art. 40a van de Wet Bopz (het schriftelijk informeren van patiënt over de gronden waarop een beslissing tot dwangverpleging berust en de beroepsmogelijkheden daartegen) strikt de hand werd gehouden.

5.6 Slotsom

Naar het oordeel van het college heeft het gedrag van verweerder dat ten grondslag ligt aan de gegrondbevinding van de hierboven besproken klachten weerslag gehad op de individuele gezondheid van de patiënt. Hiermee staat volgens het college overtreding van art. 47, lid 1 aanhef onder b, van de Wet BIG vast.

6. Motivering van de op te leggen maatregel

Het college acht de maatregel van een berisping van verweerder gerechtvaardigd. Het college acht de hierboven beschreven overtredingen door verweerder ernstig, te meer omdat klaagster C en verweerder persoonlijk in het verleden heeft gewezen op diverse niet gewenste praktijken bij C. Het college heeft in aanmerking genomen dat verweerder zijn functie bij C heeft beëindigd en volgens zijn verklaring niet voornemens is een vergelijkbare functie bij een andere instelling te aanvaarden. Om die reden acht het college de kans op recidive gering en gaat niet over tot het opleggen van een zwaardere maatregel dan een berisping.

7. Publicatie

Het college zal de publicatie van deze uitspraak bevorderen zoals hierna te beschrijven.

8. Beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:

- verklaart de klacht in al zijn subonderdelen gegrond en wijst deze toe;
- legt aan verweerder hiervoor de maatregel van berisping op;
- bepaalt dat deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is geworden, zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en het Medisch Contact, met het verzoek tot plaatsing.

Casus 2:

CENTRAAL TUCHT COLLEGE voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2016:316
Beslissing in de zaak onder nummer C2015.167 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: C. (zoon),
tegen

H., arts, (voorheen) werkzaam te E., verweerster in beide instanties, gemachtigde : mr. D.J.G. Timmermans, advocaat te Leiden.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 1 november 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen het Hoofd behandeldienst, eerste geneeskundige H. - hierna de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 24 maart 2015, onder nummer 13/396 heeft dat College de klacht afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 31 maart 2016. De zaak is toen echter kort na aanvang van de terechtzitting aangehouden omdat gemachtigde C. niet bleek te beschikken over het rapport van F. betreffende de dehydratie van klaagster. De zaak is vervolgens op 6 september 2016 tegelijkertijd maar niet gevoegd behandeld met de zaken C2015.165

(klaagster tegen D.), C2015.166 (klaagster tegen G.), C2015.168 (klaagster tegen I.) en C2015.169 (klaagster tegen J.) ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege. Ter terechtzitting zijn verschenen C. alsmede de arts bijgestaan door mr. D.J.G. Timmermans. Daarnaast zijn nog verschenen van de zijde van de arts, F., als deskundige en K. (specialist ouderengeneeskunde) als medegemachtigde.

De zaak is over en weer bepleit. Mr. Timmermans heeft dat gedaan aan de hand van een pleitnota die aan het Centraal Tuchtcollege is overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

"2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 Klaagster, geboren op 8 oktober 1934, is in december 2010 getroffen door een herseninfarct. Na ziekenhuisopname is patiënte gerevalideerd in L., alwaar de revalidatiearts in juli 2011 het volgende over haar heeft bericht:

"Het betreft een 76-jarige vrouw met status na ischemisch CVA rechts in december 2010 met hemiparese links en enige cognitieve stoornissen, die na een half jaar revalidatie in het verpleeghuis nog geen zelfstandige transfer kan maken en ADL grotendeels afhankelijk is. Ik heb het echtpaar verteld dat wij in L. functioneel geen verdere vooruitgang kunnen bieden".

2.2 Klaagster is na haar revalidatie overgeplaatst naar de verpleegafdeling van locatie N., onderdeel van O., waar zij van 18 oktober 2011 tot en met 7 januari 2013 woonachtig is geweest. Zij is rolstoelgebonden en incontinent. In het ZLP is afgesproken dat er voortdurend aandacht voor en actief aanbieden van voedsel is. Door de psychologische dienst is een onderzoek naar klagster gedaan, waarvan rapportage is opgesteld.

2.3 O. is een ouderenzorgorganisatie die op verschillende locaties verpleging en verzorging aanbiedt. Op locatie N. wonen voornamelijk cliënten met een lagere zorgvraag (zonder behandeling), in een verzorgingshuisomgeving. Binnen de locatie N. is een verpleegafdeling, destijds bestaande uit 10 bedden, waar cliënten wonen met een zwaardere zorgvraag, inclusief behandeling. Verweerster is als eerste geneeskundige/ hoofd behandeldienst verbonden aan O.. Ze staat aan het hoofd van de binnen O. werkzame artsen en paramedici.

2.4 Rond de jaarwisseling 2012/2013 was bij klagster sprake van vermoeidheid. Op 1 januari 2013 verslechterde het beeld van klagster vanwege diarree met verdenking van het noro-virus. Op 2 januari 2013 is contact gelegd met een specialist ouderengeneeskunde (SOG). Klaagster is op 3 januari 2013 gezien door haar behandelend SOG die klagster heeft onderzocht op tekenen van dehydratie. De turgor was goed. Op een droge tong na, waren er geen klinische symptomen van dehydratie. De dunne ontlasting van patiënte was sinds die dag opgehouden. Klaagster heeft op 6 januari 2013 last gekregen van een dikke, opgezette, pijnlijke en rode wang. De verzorgende heeft die dag contact opgenomen met de centrale verpleegkundige, die vervolgens contact heeft gelegd met de SOG van dienst. De verpleegkundige en de SOG waren gestationeerd op een andere locatie dan waar klagster verbleef en beschikten niet over het (papieren) medisch dossier van klagster, zodat de bevindingen, diagnose en beleid telefonisch aan de IG-verzorgende van klagster zijn doorgegeven en niet door de verpleegkundige en de SOG zelf in het dossier zijn genoteerd. De SOG heeft de diagnose beginnende ontsteking van de speekselklier (een zogenoemde parotitis) gesteld en heeft instructies gegeven, waaronder de instructie dat zij gebeld moest worden als het niet goed zou gaan met klagster of er iets veranderde in haar situatie. Deze instructie is door de verzorgende niet genoteerd in het medisch dossier van klagster. De verzorgende heeft die avond een voor een andere patiënt aanwezige huisarts die een visitedienst deed voor de HAP P. gevraagd naar klagster te kijken. Deze heeft geconstateerd dat klagster niet in een goede conditie was en heeft gekozen voor symptoombestrijding omdat klagster de volgende dag door de behandelend SOG zou worden gezien.

2.5 Klaagster is op 7 januari 2013 weer gezien door haar behandelend SOG. Klaagster maakte een versufte zieke indruk en was nauwelijks in staat om vocht en voeding tot zich te nemen.

Er bleek sprake van parotitis en als beleid is ingesteld de toediening van vocht en voeding via een sonde. Omdat het inbrengen van een sonde niet slaagde, is klagster alsnog ingestuurd naar het S., alwaar de diagnose 'acute nierinsufficiëntie en verhoogde ontstekingswaarden' is gesteld.

2.6 Verweerster heeft naar aanleiding van de gebeurtenissen een 'melding calamiteit' aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: IGZ) gedaan en vervolgens een rapportage opgesteld met verbeterpunten. Daarin zijn organisatorische en menselijke oorzaken van de calamiteit vermeld. Voorts hebben de betrokken artsen de gebeurtenissen geëvalueerd en heeft intervisie plaatsgehad. De zorgaanbieder O. heeft besloten de verpleeghuisbedden van locatie N. per 1 januari 2014 binnen O. te verplaatsen naar een verpleeghuislocatie. De IGZ heeft de melding afgesloten.

2.7 Klaagster verblijft sinds 13 februari 2013 in verpleeghuis T. te B.."

2.2 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

"3. De klacht en het standpunt van klagster

Klagster heeft aanvankelijk een vijftiental klachten geformuleerd. Ter zitting heeft de gemachtigde van klagster meegedeeld dat hij, mede gelet op het gevoerde verweer, de volgende klachten ten aanzien van verweerster wenst te handhaven:

1) Verweerster is organisatorisch en als leidinggevende verantwoordelijk voor

de ondeugdelijke structuur van zorg binnen locatie N., waaronder begrepen het systeem van triage en de afwezigheid van het medisch dossier tijdens de avond- en weekenddienst;

- 2) Verweerster heeft de communicatie tussen de familie van klaagster en de betrokken artsen/verpleegkundigen zonder opgave van redenen verboden;
- 3) Verweerster heeft zonder wederhoor een melding aan de IGZ gedaan en heeft deze na de wederhoor niet aangepast;
- 4) Verweerster heeft geen verslag gemaakt of laten maken van de bespreking tussen de gemachtigde van klaagster en verweerster op 11 maart 2013;
- 5) Verweerster ontkent dat van de zijde van O. onzorgvuldig of verwijtbaar zou zijn gehandeld;
- 6) Verweerster heeft valsheid in geschrifte gepleegd door onjuiste citaten op te nemen in haar e-mail van 3 juni 2013;
- 7) De beslissing van verweerster om patiënten op de verpleegafdeling van locatie N. op te nemen berust op gronden die deze beslissing niet kunnen dragen.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Verweerster voert primair aan dat klaagster niet-ontvankelijk moet worden verklaard, omdat haar werkzaamheden niet vallen onder artikel 47 lid 1 van de Wet BIG. Als hoofd van de behandeldienst was zij niet betrokken bij de zorgverlening aan klaagster. Ook voert verweerster aan dat haar handelen als manager, waarbij zij verantwoordelijk is voor de aansturing en roostering van artsen en paramedici, onvoldoende weerslag heeft op de individuele gezondheidszorg. Zou de klacht wel ontvankelijk zijn, is deze volgens verweerster ongegrond. “

2.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“5. De overwegingen van het college

5.1 Het college zal eerst beoordelen of klaagster in de klacht kan worden ontvangen. Volgens vaste rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG 19 april 2011, nr. C2010.159) kan een arts in een bestuurlijke- of leidinggevende functie, zoals die waarin in dit geval sprake is, voor zijn handelen tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn. De tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47, lid 1 van de Wet BIG betreffen 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). Voor dit laatste handelen is dan vereist dat het voldoende weerslag heeft op het belang van de individuele gezondheidszorg. Daarbij dient terughoudend te worden getoetst als het handelen niet een individuele patiënt betreft, maar veeleer betrekking heeft op de organisatie van de zorg en de randvoorwaarden waaronder die wordt verleend, omdat dit handelen behoort tot keuzes in het kader van de bedrijfsvoering waarbij de bestuurder c.q. leidinggevende in beginsel beleidsvrijheid heeft, ook al kunnen die keuzes gevolgen hebben voor de individuele gezondheidszorg.

5.2 Tussen partijen staat vast dat geen sprake was van een behandelrelatie tussen klaagster en verweerster, zodat daarmee niet kan worden getoetst aan de hiervoor genoemde eerste tuchtnorm. Hoewel door klaagster ter zake de tweede tuchtnorm slechts summiere stellingen zijn betrokken, blijkt het college uit de stukken en het ter zitting verhandelde dat verweerster in haar functie als hoofd van de behandeldienst “een oogje in het zeil hield” op de kwaliteit van de zorg op de locaties en dat zij in dat kader een adviserende rol had aan de Raad van Bestuur. Daarnaast was verweerster hiërarchisch verantwoordelijk voor de artsen en voerde zij met artsen en paramedici (werkzaam in dagdienst) functionerings- en evaluatiegesprekken. Tevens zorgde zij (door haar inroostering) voor voldoende personeelsbezetting wat betreft de artsen en de paramedici waarmee de zorg kon worden verleend. Het college is van oordeel dat onder deze omstandigheden de taken van verweerster, waarbij zij randvoorwaarden met betrekking tot (de kwaliteit van) het verlenen van individuele patiëntenzorg op onderdelen vaststelde, van invloed zijn op de binnen O. verleende individuele gezondheidszorg. Daar komt bij dat het vaste rechtspraak is de lat op dat punt niet al te hoog te leggen. Het aan verweerster verweten handelen c.q. nalaten heeft voldoende weerslag op het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg. Het college stelt bovendien vast dat het toezicht zag op de verpleegafdeling, zodat het gaat om zorg in het kader van de Wet BIG. Klaagster kan dan ook in haar klacht worden ontvangen zodat het college toekomt aan een inhoudelijke beoordeling daarvan.

5.3 Wat het eerste en het zevende klachtonderdeel betreft is het college van oordeel dat die feitelijke grondslag missen nu ter zitting is komen vast te staan dat niet verweerster, maar de Raad van Bestuur verantwoordelijk is voor de structuur van zorg binnen locatie N. en het besluit om aldaar verpleeghuiszorg te bieden. Deze klachtonderdelen dienen daarmee te worden verworpen.

5.4 *Datzelfde lot treffen het tweede en het vijfde klachtonderdeel. Allereerst is niet komen vast te staan dat verweerster de communicatie heeft verboden. Naar verweerster heeft aangevoerd heeft zij de communicatie met de andere artsen slechts willen stroomlijnen, wat het college in een zaak als de onderhavige niet onzorgvuldig voorkomt. Gebleken is dat verweerster aan de gemachtigde van klaagster en haar echtgenoot door middel van gesprekken voldoende gelegenheid heeft geboden om met elkaar de gang van zaken binnen locatie N. en de verleende zorg aan klaagster te bespreken. Daarbij zijn ook de behandelend SOG en de zorgcoach betrokken geweest, die zich daarin toetsbaar hebben opgesteld. Evenmin heeft feitelijke grondslag de stelling van klaagster dat verweerster ontkent dat van de zijde van O. onzorgvuldig of verwijtbaar zou zijn gehandeld. Uit de door verweerster opgestelde melding aan de IGZ (Hoofdoorzaken van de calamiteit) blijkt dat zij juist de mening was toegedaan dat er sprake was van tekortschieten in de zorg aan klaagster. Het college is niet gebleken dat verweerster de tekortkomingen in gesprekken met de gemachtigde c.q. de echtgenoot van klaagster heeft ontkend.*

5.5 *Klaagster verwijt verweerster met het derde klachtonderdeel dat zij zonder wederhoor de melding aan de IGZ heeft gedaan. Nu daartoe aan de zijde van verweerster geen verplichting bestaat, kan klaagster dat niet als onzorgvuldig handelen aan verweerster tegenwerpen. Datzelfde geldt voor het niet opmaken van een gespreksverslag, het vierde klachtonderdeel. Dat neemt niet weg dat het maken van een (kort) verslag wel aanbeveling verdient, al was het alleen maar om een later verschil van inzicht over het besprokene of verdere miscommunicatie, waarvan ook hier sprake lijkt te zijn, te voorkomen. Wat het zesde klachtonderdeel betreft, de vermeende valsheid in geschrifte door verweerster, is het niet aan de tuchtrechter maar aan de strafrechter om vast te stellen of daarvan al dan niet sprake is geweest.*

Hoewel het college op grond van de stukken en de calamiteitenmelding wel wil aannemen dat de zorg aan klaagster begin januari 2013 in locatie N. is tekortgeschoten, kan het college niet vaststellen dat het handelen van verweerster daaraan debet is geweest. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is.

Verweerster kan met betrekking tot de klacht geen tuchtrechtelijk verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt."

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, met uitzondering van de feiten betreffende de revalidatie van klaagster onder 2.1 van de beslissing in eerste aanleg. Klaagster merkt in beroep terecht op dat zij is gerevalideerd in V. te W. en niet in L.. Het onder 2.1 opgenomen citaat is derhalve niet van de revalidatiearts van klaagster.

4. Beoordeling van het beroep

Procedure

4.1 Klaagster beoogt in beroep de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling voor te leggen. Hetgeen zij daartoe heeft aangevoerd komt in essentie neer op een herhaling van de stellingen die zij reeds in eerste aanleg heeft geuit. Zij concludeert impliciet tot gegrondverklaring van het beroep en de klacht.

4.2 De arts heeft in beroep gemotiveerd verweer gevoerd. Zij verzoekt het Centraal Tuchtcollege om klaagster niet-ontvankelijk te verklaren dan wel het beroep van klaagster te verwerpen en de klacht als (kennelijk) ongegrond af te wijzen.

Ontvankelijkheid

4.3 Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege over de ontvankelijkheid van de klacht van klaagster. Er is weliswaar geen sprake geweest van een behandelrelatie tussen de arts en klaagster, maar de arts was in haar functie van hoofd (manager) van de behandeldienst van zorgcentrum N. hiërarchisch leidinggevende van de artsen en paramedici en was verantwoordelijk voor een voldoende personele bezetting van die beroepsgroepen binnen het aan haar toegekende budget. Verder had zij meer in het algemeen een adviserende rol ten aanzien van het kwaliteitsbeleid aan de managers zorg en aan de Raad van Bestuur. Voorts heeft de arts naar aanleiding van de gebeurtenissen in januari 2013 rond de behandeling van klaagster een 'melding calamiteit' gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, heeft zij een rapportage opgesteld over de gebeurtenissen met verbeterpunten en is zij opgetreden als contactpersoon naar de familie van klaagster. De klacht van klaagster hangt voor een wezenlijk deel samen met deze activiteiten van de arts en levert een zodanige samenhang met en weerslag op de individuele gezondheidszorg op, dat op voorhand niet kan worden gezegd dat toetsing aan de tweede tuchtnorm uitgesloten zou zijn. Voorts is de arts bij deze activiteiten in ieder geval ook mede opgetreden in haar hoedanigheid van arts.

Beoordeling

4.4 Het Centraal Tuchtcollege ziet aanleiding om de klachtonderdelen, inhoudende dat de arts de communicatie tussen de familie van klaagster en de betrokken artsen/verpleegkundigen zonder opgave van redenen heeft verboden en zij zonder wederhoor een melding aan de IGZ heeft gedaan en deze na de wederhoor niet heeft aangepast, gezamenlijk te bespreken. Het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege hierover wordt door het Centraal Tuchtcollege in zoverre onderschreven dat niet is komen vast te staan dat de arts de communicatie heeft verboden. Aannemelijk is geworden dat zij de communicatie met de andere artsen slechts heeft willen stroomlijnen, wat in een zaak als de onderhavige, waarin het gaat om de betrokkenheid van meerdere zorgverleners, begrijpelijk is. Voorts heeft de arts aan de gemachtigde van klaagster en haar echtgenoot na verloop van tijd de gelegenheid geboden om met elkaar de gang van zaken binnen locatie N. en de verleende zorg aan klaagster te bespreken. Voor het bieden van de gelegenheid van wederhoor aan de familie alvorens een melding aan de IGZ te doen bestond voor de arts geen verplichting.

Dit laat echter onverlet dat de informatieverstrekking en verantwoording over de gebeurtenissen begin januari 2013 naar klaagster en haar familie toe (veel) beter had gekund. Na een medisch incident als hier aan de orde verdient het in het algemeen aanbeveling om de patiënt en/of diens familie zo spoedig mogelijk te informeren over het incident, over een eventueel te verrichten onderzoek naar de gang van zaken en over eventuele activiteiten om zo'n incident in de toekomst te voorkomen. Daarbij dient een zorgverlener de contacten met de patiënt en/of diens familie actief en onverwijld te organiseren. Deze uitgangspunten zijn sinds 2010 vastgelegd in de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid (GOMA), en, sinds 1 januari 2016, in artikel 10, lid 3, van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg.

Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat aan de familie van klaagster na het incident van begin januari 2013 geen volledige openheid is gegeven over het incident en dat ook dit aspect – naast andere aspecten – heeft bijgedragen aan de moeizame contacten tussen enerzijds de arts en andere medewerkers van de N. en anderzijds de familie van klaagster. Het is te betreuren dat dit zo is gelopen, maar in de gegeven omstandigheden ziet het Centraal Tuchtcollege onvoldoende aanleiding om te besluiten tot tuchtrechtelijke verwijtbaarheid van klaagster.

4.5 Wat betreft de overige klachtonderdelen heeft de behandeling van de zaak in beroep het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot andere beschouwingen en beslissing dan die van het Regionaal Tuchtcollege hieromtrent. Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft de overwegingen ter zake van het Regionaal Tuchtcollege en neemt deze hier over.

4.6 Dit betekent dat het Centraal Tuchtcollege – evenals het Regionaal Tuchtcollege – alle klachtonderdelen ongegrond acht, zij het op iets andere gronden, en dathet beroep van klaagster dient te worden verworpen.

4.7 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal de publicatie van deze beslissing worden gelast dan wel verzocht.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;
1 november 2016.

CASUS 2:

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:21

Beslissing d.d. 6 februari 2015 naar aanleiding van de op 6 januari 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

bijgestaan door mr. I. Mercanoglu, advocaat te Enschede,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut, (destijds)

werkzaam bij D te E,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

-
- het klaagschrift met de bijlagen;
 - het verweerschrift;
 - de brief van verweerder d.d. 22 november 2014.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 9 december 2014, alwaar verweerder is verschenen vergezeld door F. Klaagster en haar advocaat zijn niet verschenen.

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.

Klaagster heeft een zoon, geboren in januari 2013, die een aantal dagen na de geboorte uit huis werd geplaatst. Na de uithuisplaatsing meende de gezinsvoogd dat bij klaagster diagnostisch onderzoek door een psycholoog nodig was om een taxatie te maken van de mogelijkheden van een terugplaatsing van de zoon bij zijn moeder.

Eerder, in de zomer van 2010, was klaagster psychiatrisch onderzocht door G, kinder- en jeugdpsychiater. In zijn rapportage van 18 augustus 2010 maakte hij melding van eerder psychodiagnostisch onderzoek en een "*Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO*".

Klaagster werd op 30 juli 2013 en 21 augustus 2013 door F, psycholoog bij H, gezien in I. Dit ten behoeve van diagnostisch onderzoek. De rapportage van het psychologisch onderzoek werd op 18 september 2013 te E "*voor gezien*" ondertekend door verweerder, onder vermelding van de titels klinisch psycholoog en psychotherapeut. Verweerder was supervisor van F.

In de rapportage van F staat dat zij haar rapportage heeft gebaseerd op anamnestic onderzoek, haar gespreksindrukken en observaties en psychologisch testonderzoek. Bij het psychologisch testonderzoek werd gebruik gemaakt van de volgende middelen: de NPV-2 vragenlijst, de SCL-90 lijst, de Schokverwerkingslijst, de Standaard Raventest, de Utrechtse Copinglijst, de BDHI-D vragenlijst en de NVM-persoonlijkheidsvragenlijst.

Het rapport eindigt met een conclusie en de volgende beschrijvende diagnoses en classificaties: "*DSM-IV*

-Beschrijvende diagnose-

Bij cliënt is sprake van instabiele intermenselijke relaties, identiteitsstoornis (instabiel zelfbeeld en zelfgevoel), impulsiviteit, affectlabiliteit, inadequate woede, agressie, prikkelbaarheid.

3/8

DSM-IV classificatie:

As- I:299.80 Pervasieve ontwikkelingsstoornis NAO, genetische kwetsbaarheid

V61.20 Hechtingsprobleem (Ouder-kind relatieprobleem)

V71.03 Antisociaal gedrag bij een kind of adolescent (opstandig en deviant gedrag)

305.50 misbruik opioïden

305.00 Alcohol misbruik

As- II:799.9 uitgestelde diagnose: 301.83 Borderline persoonlijkheidsstoornis, low level,

met Narcistische kenmerken

V62.89 Beperkte cognitieve vermogens (zwak tot beneden gemiddeld)

As- III: Suïcide poging, depressieve perioden

As- IV: Problemen met werken/dagbesteding en financiën en uithuisplaatsing van haar kind

As- V: GAF-score 55-60".

Bij klaagster vond vervolgens psychodiagnostisch onderzoek plaats door klinisch psycholoog J, waarvan verslag werd gedaan in een rapport van 10 oktober 2013. Het onderzoek leverde volgens J geen aanwijzingen op voor aandoeningen met een psychiatrische intensiteit op AS-I van DSM-IV. Ook werden geen aanwijzingen gevonden voor de aanwezigheid van een borderlinestoornis. Wel werd een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat het rapport van F dat onder zijn verantwoordelijkheid als supervisor tot stand kwam, naar inhoud en procedure niet aan de normen van een goed psychologisch onderzoek voldoet.

Klaagster voert het volgende aan:

1. klaagster is niet geïnformeerd over de onderzoeksvraag;
2. de conclusies in de rapportage van F zijn strijdig met de latere rapportage van 10 oktober 2013;
3. klaagster heeft de overtuiging dat F zonder haar toestemming contact heeft gehad met H;
4. een groot deel van de rapportage is overgenomen uit de psychiatrische rapportage van 18 augustus 2010;
5. het rapport bevat ongefundeerde en onjuiste uitspraken over klaagster;
6. in het rapport worden niet nader onderbouwde conclusies over de opvoedingsvaardigheden van klaagster getrokken, zonder dat F klaagster met haar zoon heeft geobserveerd of over de opvoeding heeft gesproken.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij de rapportage getoetst heeft op formele en inhoudelijke gronden en dat deze toets voor hem geen aanleiding was om de rapportage te onthouden van een contrasignatuur "voor gezien". Zijn rol als supervisor was beperkt gezien de reeds door F opgedane ervaring met psychodiagnostisch onderzoek.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, 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.

5.2

Ter beoordeling van het college staat het handelen van verweerder in zijn rol als supervisor van F. Hierbij is van belang dat, zoals ter zitting is gebleken, F ruime ervaring had met psychodiagnostisch onderzoek en hier door verweerder zelfstandig toe in staat werd geacht. Verweerder heeft verklaard dat zijn rol als supervisor zich beperkte tot de door hem voorgestane toets van de rapportage op inhoudelijke en formele gronden. Naar het oordeel van het college mocht verweerder zijn rol hiertoe beperken. Op basis van de stukken en het verhandelde ter zitting kan het college niet vaststellen dat verweerder in deze rol tekort is geschoten. Het al dan niet informeren van klaagster door F over het onderzoeksdoel maakte geen onderdeel uit van de superviserende rol van verweerder. Verweerder mocht gezien de ervaring van F verwachten dat zij aan deze informatieplicht had voldaan. Ook is voor de beoordeling van het handelen van verweerder niet relevant dat in een later rapport van 10 oktober 2013 andere conclusies werden getrokken over de psychische gesteldheid van klaagster. Dit betekent dat klachtonderdelen 1 en 2 falen.

5.3

Klachtonderdelen 3, 4, 5 en 6 missen feitelijke grondslag. Het college kan op basis van de stukken en het verhandelde ter zitting niet vaststellen dat F zonder toestemming van klaagster contact heeft gehad met H (waar zij overigens werkzaam was). Uit de stukken kan verder niet afgeleid worden dat een groot deel van de rapportage van F is overgenomen uit de psychiatrische rapportage van 18 augustus 2010. Daar komt bij dat F ter zitting heeft verklaard dat zij niet over dit rapport beschikte. Niet is gebleken dat het rapport subjectieve, ongefundeerde of onjuiste uitspraken bevat. Verder worden in het rapport naar het oordeel van het college geen conclusies getrokken over de opvoedingsvaardigheden van klaagster.

De vraag of verweerder in zijn rol als supervisor van F op deze klachtonderdelen een verwijt kan worden gemaakt behoeft daarom geen bespreking. Deze klachtonderdelen falen.

5.4

Het college wenst nog op te merken dat verweerder, die de Belgische nationaliteit heeft, de rapportage heeft ondertekend onder vermelding van de titels klinisch psycholoog en psychotherapeut, terwijl hij, blijkens het BIG-register, in Nederland geregistreerd is als gezondheidszorgpsycholoog en psychotherapeut.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DEGEZONDHEIDSZORG
TE GRONINGEN**

A,
wonende te B,
klager,

tegen

C,
werkende te D,
verweerder,

1. Verloop van de procedure

(...)

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het College uit van de volgende feiten, die tussen partijen als niet of onvoldoende betwist vaststaan.

2.1. Klager heeft zich in april 2010 voor behandeling van depressies en dwangklachten aangemeld bij E, een psychologenpraktijk onder leiding van verweerder. Klager is van april 2010 tot en met juli 2012 in behandeling geweest bij F, die op dat moment GZ-psycholoog in opleiding was.

2.2. F heeft vanuit haar opleiding externe supervisie van klinisch psychologen gekregen. In de praktijk zelf heeft ze intervisie van verweerder en haar collega's G en H gekregen. Aangezien collega's I en J bekenden van klager waren, werd afgesproken dat zij niet op enigerlei wijze bij de behandeling van klager zouden worden betrokken of over de inhoud daarvan zouden worden geïnformeerd. I was in de praktijk de werkbegeleider van F. Gelet op voormelde afspraak kon hij bij de behandeling van klager geen werkbegeleider van F zijn. Er was voor deze situatie geen vervanger van I geregeld.

2.3. Bij mail van 12 maart 2012 heeft klager aan F meegedeeld de therapie te willen beëindigen. In de periode daarop volgend vinden mailwisselingen tussen klager en F plaats waarin klager -onder meer- heeft aangegeven moeite te hebben met het beëindigen van de therapie, omdat hij zeer aan haar gehecht was geraakt. F heeft daarop voorgesteld om de frequentie van de sessies terug te brengen naar een keer per maand. Klager heeft in reactie daarop meegedeeld dat het voor hem beter werkt om definitief met de therapie te stoppen. F heeft op dit voorstel van klager bij mail van 9 juli 2012 als volgt gereageerd: *'Ik begrijp uit je verhaal dat je het niet ziet zitten om de therapie rustig af te bouwen. Zoals je weet sta ik hier anders in maar ik zal je keuze respecteren gezien je aangeeft hoe ondragelijk dit op moment voor je is. (...) Ik merk bij mezelf dat ik nog steeds de neiging krijg je te overtuigen van het belang van een goede losmaking maar dat heb ik al een paar keer gepoogd en zie dan ook in dat het beter is jou in jouw keuze te laten. Je zegt terecht dat ik je nergens tot kan dwingen en dat is ook nooit mijn bedoeling geweest en dat heb ik volgens mij ook nooit gedaan. Wel zie ik het als mijn taak, zolang je bij mij in behandeling bent, aan te blijven gegeven wat ik als beste zie voor jou en de behandeling.'*

2.4. Klager heeft bij mail van 11 juli 2012 aan F laten weten definitief te hebben besloten met de therapie te stoppen. Hij schrijft -onder meer- : *'Het wordt tijd om op eigen benen te staan. Ik durf nu ook te zeggen dat ik het ergens wel stoer van mezelf vind om dit te doen. En ik ben trots op ons en wat we bereikt hebben. (...) Als we de therapie afsluiten lijkt het me een goed idee om zeker een half jaar geen enkel contact meer te hebben. Zo kan ik naar mijn idee goed loskomen van jou.'*

2.5. Op 20 juli 2012 is klager voor het laatst bij F en heeft hij in het formulier *Beëindiging Zorgverlening* aangegeven zeer tevreden over de behandeling en het resultaat daarvan te zijn.

2.6. In de maanden augustus en september 2012 is er opnieuw mailcontact tussen klager en F. Klager heeft daarin te kennen gegeven nu de behandeling is beëindigd graag een vriendschappelijke relatie met haar te willen onderhouden. F heeft diverse malen aan klager aangegeven dat zij na het beëindigen van therapie niet een vriendschappelijke relatie met haar cliënten wil onderhouden en dat dit voor klager niet anders is. In haar laatste mail van 4 september 2012 heeft ze meegedeeld dat zij I en J op de hoogte zal stellen van het feit dat klager moeite heeft van haar los te komen, maar wat betreft de inhoud van de behandeling niets aan hen zal meedelen.

2.7. Klager heeft bij mail van 4 september 2012 op de mail van F gereageerd. Hij heeft onder meer geschreven: *'(...) Het klopt ook dat jij nooit hebt geïmpliceerd dat we op een ander manier contact zouden hebben of een andere relatie aan zouden gaan. Waarschijnlijk had ik wel je advies moeten volgen om dat langzamer af te sluiten. (...) Het doet veel pijn, maar je duidelijkheid maakt het eerlijk gezegd makkelijker voor mij. Ik kan het nu daadwerkelijk afsluiten. Je hebt me supergoed geholpen. Ik ben nagenoeg klachtenvrij en kan eindelijk weer leven. Die eer komt jou toe. (...) Ik zal echter op geen enkele wijze contact meer met je opnemen en verwacht ook geen antwoord op deze email. We sluiten het wat mij betreft hiermee af. Ik vind het daarom ook niet nodig om J en I hiervan op de hoogte te stellen. Sterker nog: ik wil absoluut niet dat je dat doet. Ik kan prima met hun overweg en wil geen stempel van rare GGZ-cliënt van hen op mijn hoofd.'*

2.8. In de daarop volgende periode heeft klager zijn mailberichten enkel nog tot verweerder gericht. Bij mail van 7 september 2012 heeft hij verweerder gevraagd erop toe te zien dat er door F geen informatie over hem met I en J met wie klager op wekelijkse basis privé omgaat en die er beiden van op de hoogte zijn dat klager in behandeling is geweest bij verweester, wordt gedeeld. Bij mail van 9 september 2012 heeft verweerder aan klager bericht dat F aan I heeft gevraagd zeer terughoudend te zijn over het geven van persoonlijke informatie over haar aan klager, dit omdat zij een professionele relatie met klager heeft gehad en het afscheid moeizaam is verlopen en zij haar privacy op prijs stelt.

2.9. Op 11 september 2012 heeft klager een mail aan verweerder gezonden over de periode na de behandeling. In deze mail schrijft hij het volgende: *'Het is me duidelijk dat F op geen enkele manier contact met me wil. Ik heb ook altijd duidelijk laten weten dat ik dat zou respecteren.'*

en aan het slot:

'Ik blijf er bij dat ik het erg vervelend vind dat een periode van meer dan twee jaar, die me zo veel heeft gebracht op deze manier is afgesloten. Ik zou het op prijs stellen als we dit kunnen afsluiten met een goed gesprek (geen therapie) en een kop koffie. Wellicht zou F dan ook aan kunnen schuiven. Niet om contact te maken, maar om het juist goed af te sluiten. Daar heb ik wel behoefte aan. (...)'

2.10. Vervolgens heeft klager bij mail van 16 september 2012 aan verweerder meegedeeld: *'In tegenstelling tot mijn voorgaande mail wil ik hierbij zeggen dat het wel mooi geweest is zo. Mocht u er behoefte aan hebben dan ben ik op zich altijd bereid om een evaluatie of iets dergelijks te doen over de therapie of om een ander gesprek aan te gaan. Op dit moment zie ik daar echter geen noodzaak toe. Het is ook niet nodig dat F hierbij aanschuift. Het is achteraf gezien wellicht weer een poging van mij om toch vast te houden aan de therapie. Daar moet ik mee ophouden. (...) Wat ik wel slecht blijf vinden is dat, ondanks dat ik expliciet heb aangegeven dat ik het niet wilde, F toch met I en J is gaan praten. (...) Ik zou nog wel graag die kopie willen hebben van mijn dossier. Zo kan ik wellicht af en toe nog de therapie voor mezelf doornemen en nagaan wat er nu precies allemaal is gebeurd. Het is achteraf voor mij nog steeds verwonderlijk hoe F dit bij mij voor elkaar heeft gekregen. Alle lof hiervoor! (...) Ik stuur deze email alleen aan u. Ik heb F toegezegd haar niet meer te mailen. Hier wil ik me ook aan houden. (...)'*

2.11. Verweerder heeft hier bij mail van 26 september 2012 op geantwoord: *'Inderdaad is er sprake van een complexe situatie waarin privé- en professionele contacten door elkaar lopen. En inderdaad de privacy van de cliënt behoort centraal te staan, ook bij twijfelgevallen. Anderzijds heeft een behandelaar ook recht op zijn/haar privacy. Wel heb ik F gevraagd J niet te informeren, mede omdat u hebt aangegeven dat u in het contact met J en I geen informatie zult inwinnen over F.'*

2.12. Bij mail van 27 september 2012 heeft klager aan verweerder aangegeven dat hij graag toch nog een gesprek wil aangaan met F naar aanleiding van haar reactie bij mail van 4 september 2012 op zijn mail van 29 augustus 2012. Klager heeft meegedeeld graag het contact met F opnieuw te willen afsluiten door een gesprek met haar aan te gaan. Hij heeft erg goede herinneringen aan de therapie en wil dit niet laten overschaduwen door de vervelende situatie die na de beëindiging daarvan is ontstaan. Nog diezelfde dag heeft verweerder de mail van klager beantwoord. Hij heeft geschreven: *'Recapitulerend: u hebt aangegeven dat u de behandeling bij F succesvol hebt afgesloten. Nadien hebt u F benaderd met de vraag of er sprake kon zijn van een vriendschappelijke relatie tussen haar en u. F heeft duidelijk aangegeven, op zowel professionele als persoonlijke gronden, deze wens niet te kunnen honoreren. Zoals u in een eerder schrijven hebt aangegeven respecteert u haar wens. Mij lijkt hiermee de discussie gesloten.'*

2.13. F is in oktober 2012 opgenomen in het BIG-register.

2.14. Bij mail van 25 oktober 2012 heeft klager verweerder gevraagd of die (eventueel in overleg met F) het eens is met de door hemzelf gestelde diagnose dat hij in meer of mindere mate last heeft van de persoonlijkheidsstoornis Borderline. Daarnaast heeft hij aangegeven dat 'het de laatste tijd niet zo heel goed met hem gaat' en dat de klachten waarvoor hij bij E is behandeld weer terug beginnen te komen. Hij heeft verweerder gevraagd of hij baat zou kunnen hebben bij schematherapie, een vorm van groepstherapie die in D gevolgd zal kunnen worden. Klager heeft meegedeeld deze vraag ook voor te zullen leggen aan de therapeuten die deze therapie geven.

2.15. Verweerder heeft bij mail van 30 oktober 2012 aan klager meegedeeld dat zijn dossier naar hem zal worden gezonden en dat hij daarin de diagnose vindt die eerder met hem is besproken en dat in de diagnostiek/behandeling de blik niet gericht is geweest op persoonlijkheidsproblematiek. Voorts heeft verweerder met betrekking tot de vraag of voor klager schematherapie is geïndiceerd, hem verwezen naar degene tot wie klager zich voor zorg wendt.

2.16. Op 13 november 2012 heeft klager verweerder een mail gezonden waarin hij zijn ongenoegen uit over F, omdat hij van mening is dat zij op deze manier zijn privacy niet had mogen schenden. Klager verwijt verweerder dat deze zijn klacht eerder hierover niet serieus heeft behandeld en dat zijn mail van 27 september 2012 heel vervelend op hem is overgekomen.

2.17. Bij een tweetal mailberichten van 14 november 2012 heeft verweerder klager geïnformeerd over de klachtenprocedure. In de eerste mail heeft hij klager een link gezonden naar de klachtenregeling op zijn website. In een tweede mail heeft hij zijn klachtenregeling als volgt beschreven:

'De procedure is:

- 1. Contact opnemen met de behandelaar op wie de klacht van toepassing is*
- 2. Komt u daar in gezamenlijkheid niet uit dan kunt u uw klacht inbrengen bij de praktijkhouder*
- 3. Mocht ook dit niet tot een oplossing leiden dan kunt u uw klacht voorleggen aan onze klachtencommissie (waar voor alle duidelijkheid ook de praktijkhouder deel van uit maakt).*
- 4. Mocht ook dit niet tot een oplossing leiden dan kunt u formeel schriftelijk een klacht indienen. Deze zal vervolgens schriftelijk door de klachtencommissie worden beantwoord.*
- 5. Als dit ook geen bevredigende oplossing biedt dan kunt u zich wenden tot een externe partij, in dit geval bijvoorbeeld het NIP (uiteraard kunt u dit laatste ook in een eerdere fase doen).*

Vervolgens heeft verweerder klager uitgenodigd voor een gesprek met de klachtencommissie omdat stap 1 en 2 inmiddels gepasseerd zijn.

2.18. Na enkele mailwisselingen tussen partijen heeft klager uiteindelijk medegedeeld geen vertrouwen te hebben in de door verweerder beschreven procedure en dat hij zal proberen via een andere route gehoor te krijgen voor zijn klacht.

2.19. Bij brief van 4 december 2012 worden verweerder en F namens de klachtencommissie van de NVVP uitgenodigd voor een mediationgesprek. Er heeft geen mediationgesprek plaatsgevonden tussen verweerder en/of F enerzijds en klager anderzijds.

2.20. Bij brief van 19 december 2012 heeft verweerder klager uitgenodigd voor een persoonlijk gesprek met hem en desgewenst in aanwezigheid van G met wie klager in het verleden een gesprek had gehad. Op 4 januari 2013 heeft een gesprek tussen klager, verweerder en G plaatsgevonden, waarvan een verslag is opgemaakt. Uit het door verweerder van dit gesprek opgemaakte verslag dat op dit onderdeel niet door klager is betwist, blijkt dat F zich in psychische zin bedreigd voelde, toen klager na beëindiging van de behandelrelatie, contact met haar bleef zoeken.

In het gesprek heeft klager meegedeeld medio maart 2013 elders in therapie te gaan. Verweerder heeft aangeboden dat G en hij in de tussenliggende periode bereid zijn een luisterend oor aan klager te bieden. Klager heeft hier geen gebruik van gemaakt.

2.21. Klager is uiteindelijk een klachtprocedure tegen verweerder gestart bij de NVVP. Hierin is op 12 september 2013 uitspraak gedaan.

3. De klacht

De klacht luidt – zakelijk weergegeven – als volgt.

3.1 Verweerder heeft tegenover klager niet de zorg in acht genomen die van hem als hoofdbehandelaar verwacht had mogen worden door

- a. de behandeling van klager door een niet-gekwalificeerde psycholoog te laten uitvoeren;
- b. de behandeling van klager door een GZ-psycholoog in opleiding te laten uitvoeren zonder adequate supervisie;
- c. klager voorafgaand aan de behandeling geen informatie te verschaffen over de kwalificaties van de behandelend psycholoog en de rollen van de overige behandelaren werkzaam binnen de praktijk;
- d. geen adequate hulp te bieden toen na de behandeling bleek dat het slecht ging met klager;
- e. zijn beroepsgeheim jegens klager te schenden;
- f. klager geen dan wel onjuiste informatie te verstrekken over de gestelde diagnose.

3.2. Verweerder heeft zijn dossierplicht jegens klager geschonden door ten onrechte geen deugdelijk dossier aan te leggen en na afloop van de behandeling wijzigingen aan te brengen in het dossier van klager.

3.3. Verweerder heeft klager belemmerd bij het indienen van een klacht door geen adequate klachtenregeling te treffen en onduidelijke informatie te verstrekken over de klachteninstantie waartoe klager zich zou kunnen richten.

3.4. Verweerder heeft zich niet toetsbaar opgesteld ten aanzien van de behandeling van klager.

3.5. Verweerder heeft geen zorg gedragen voor adequate praktijkrichtlijnen met betrekking tot het waarborgen van de privacy van de cliënten van de praktijk.

3.6. Verweerder heeft in strijd gehandeld met de eisen die door de zorgverzekeraar van klager aan de behandeling worden gesteld, nu hij niet optreedt als hoofdbehandelaar en geen klachtenregeling heeft die voldoet aan de WKCZ.

4. Het verweer

Verweerder heeft gemotiveerd verweer gevoerd. De inhoud van het verweer wordt hierna bij de beoordeling van de klacht opgenomen.

5. Beoordeling van de klacht

Niet de zorg in acht genomen die van een hoofdbehandelaar mag worden verwacht

5.1. Gelet op de samenhang zullen de klachtonderdelen 3.1. sub a tot en met c hierna gezamenlijk worden behandeld.

5.2. Klager heeft gesteld dat verweerder als praktijkhouder en hoofdbehandelaar hem niet had mogen laten diagnosticeren door een daartoe nog niet bevoegde psycholoog en bij het ontbreken van een werkbegeleider heeft verzuimd zelf als zodanig op te treden. De werkbegeleider heeft in de opleiding tot GZ-psycholoog een belangrijke taak waar het gaat om de directe patiëntenzorg. Daarnaast was van externe supervisie nauwelijks sprake, klager heeft deze in ieder geval nimmer waargenomen. Door de voorgaande situatie was er geen sprake van adequate supervisie op F en is er geen toezicht gehouden op de behandeling en toestand van klager. Ook heeft verweerder nagelaten klager erover te informeren dat F nog in opleiding was tot GZ-psycholoog en door wie zij daarbij werd begeleid.

5.3. Er is gemotiveerd verweer gevoerd. Daarbij is gesteld dat F als basisarts (het College begrijpt: GZ-psycholoog in opleiding) onder supervisie zeker zelfstandig behandelingen mocht uitvoeren. Verweerder heeft via het multidisciplinair overleg van het team vinger aan de pols gehouden wat betreft de behandeling van klager. In dit teamoverleg is de diagnose van klager gesteld als ook het behandelplan opgesteld dan wel gefiatteerd. Als praktijkhouder was het verweerder echter niet toegestaan tevens werkbegeleider van F te zijn. Doordat I -die de werkbegeleider van F binnen de praktijk was- een bekende van klager was en er was afgesproken dat hij niet bij de behandeling van klager betrokken mocht worden, had F binnen de praktijk voor de behandeling van klager niet een werkbegeleider. Verweerder heeft ter zitting erkend dat dit geen ideale situatie was. Wel hebben hij en de overige collega's F intervisie gegeven. Daarnaast kon zij de cases in haar praktijk, waaronder die van klager, voorleggen aan de externe supervisors van haar opleiding. F heeft tijdens de behandeling nimmer onduidelijkheid laten bestaan over het feit dat zij nog in opleiding was.

5.4. Vaststaat dat F op het moment dat klager bij haar in behandeling kwam nog in opleiding tot GZ-psycholoog was en daarmee nog niet zelfstandig bevoegd was om de behandeling van klager te verzorgen. In die omstandigheid ligt het naar het oordeel van het College op de weg van verweerder als praktijkhouder om te borgen dat de behandeling van klager voldoet aan de daaraan te stellen eisen. Gebleken is echter dat F bij de behandeling van klager intern niet werd bijgestaan door een werkbegeleider en dat het contact binnen de praktijk vrijwel beperkt is gebleven tot intervisie. Daargelaten het antwoord op de vraag of verweerder in het onderhavige geval als hoofdbehandelaar heeft te gelden lag het naar het oordeel van het College in ieder geval in zijn hoedanigheid van praktijkhouder op zijn weg om ervoor zorgen dat F bij de behandeling van klager een werkbegeleider, zo nodig van buiten de praktijk, toegewezen kreeg. Het feit dat klager zich in de periode van april 2010 tot en met juli 2012 steeds zeer tevreden heeft getoond over de behandeling maakt dit niet anders. Het voorgaande betekent dat verweerder op dit punt tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en de klachtonderdelen 3.1. sub a en b gegrond dienen te worden verklaard. Hoewel klager wellicht niet door verweerder persoonlijk erover is geïnformeerd dat F nog in opleiding was, was hem dit -nu verweerder onweersproken heeft gesteld dat F tijdens de behandeling nimmer onduidelijkheid heeft laten bestaan, dat zij in opleiding was- wel anderszins binnen de praktijk genoegzaam bekend geworden. Gelet hierop dient klachtonderdeel 3.1. sub c te worden afgewezen.

Geen adequate hulp bieden na het einde van de behandeling, klachtonderdeel 3.1. sub d

5.5. Klager verwijt verweerder dat deze in de periode nadat de behandeling was gestopt niets heeft gedaan om hem adequate hulp te bieden toen het slecht met hem ging, maar pas een half jaar na het beëindigen van de behandeling overbruggingstherapie heeft aangeboden.

5.6. Verweerder heeft ook hier gemotiveerd verweer gevoerd. Daarbij is gesteld dat na afloop van de behandeling van klager uitgebreid mailcontact tussen partijen is geweest. Het weer ontstaan van de problemen waarvoor klager zich bij E had aangemeld heeft klager voor het eerst een aantal maanden na beëindiging van de behandeling aan verweerder gemeld. Verweerder heeft op 4 januari 2013 een aantal overbruggingscontacten aan klager aangeboden, waar hij nimmer op in is gegaan. Klager heeft verweerder ook nimmer verzocht om alternatieven voor hem te zoeken en klager heeft zelf al vroeg in het contact aangegeven buiten de praktijk van verweerder in behandeling te zullen gaan.

5.7. Het College is op grond van de mailwisselingen tussen partijen - zoals hiervoor weergegeven in rechtsoverweging 2.8. tot en met 2.18. - van oordeel dat verweerder de mails die klager na afloop van zijn behandeling aan hem heeft gezonden immer tijdig en adequaat heeft beantwoord. Klager heeft zich in die mailberichten aanvankelijk ook steeds zeer positief getoond over de resultaten van de bij E gevolgde

behandeling. Eerst bij mail van 25 oktober 2012 heeft klager geuit dat de klachten waarvoor hij destijds bij de praktijk van verweerder in behandeling is gekomen zich weer enigszins begonnen voor te doen en dat hij voor de behandeling daarvan inmiddels een groepstherapie op het oog had die buiten de praktijk van verweerder werd gegeven. In zijn mailberichten heeft klager nimmer verzocht om of de noodzaak aangegeven voor het aanvangen van een nieuwe therapie bij E, dan wel verweerder verzocht om advies voor een verwijzing in verband met door hem ervaren problemen. Toen verweerder op 4 januari 2013 er bekend mee werd dat klager medio maart 2013 elders opnieuw met een therapie zou beginnen heeft hij klager ook nog overbruggingsgesprekken aangeboden. Het College ziet op grond van het voorgaande geen aanknopingspunten voor het oordeel dat verweerder geen adequate hulp aan klager heeft aangeboden of tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door klager eerst op 4 januari 2013 overbruggingsgesprekken aan te bieden.

Schenden beroepsgeheim, klachtonderdeel 3.1. sub e

5.8. Klager heeft gesteld dat verweerder zijn beroepsgeheim heeft geschonden door I informatie te verstrekken. Daarbij is verwezen naar een mail van I aan klager, waarbij deze heeft meegedeeld dat hij op de werkvergadering had gehoord dat klager een officiële klacht tegen F had ingediend. Daarnaast zou verweerder in december 2012 de hechtingsproblematiek van klager met I hebben besproken. Bovendien heeft verweerder expliciet ingestemd met het doorbreken van het beroepsgeheim door F. Verweerder heeft in reactie daarop gesteld dat hij met I heeft gesproken over een mogelijke klacht van klager tegen F en dat mogelijk ook de rol van I daarbij aan bod zou kunnen komen. Gegevens van vertrouwelijke aard over klager heeft verweerder echter niet met I gedeeld. Er zijn slechts feitelijke mededelingen gedaan zonder inhoudelijk de problematiek van klager te bespreken.

5.9. Het College is van oordeel dat het mededelen van het feit dat er een klacht door klager tegen F is ingediend onvoldoende is om vast te kunnen stellen dat er sprake is van schending van een beroepsgeheim. Weliswaar heeft klager daarnaast gesteld dat verweerder in december 2012 de hechtingsproblematiek van klager met I heeft besproken, maar het mailbericht van 19 december 2012 van I aan klager waarnaar klager in dit verband lijkt te verwijzen, biedt daarvoor geen enkel aanknopingspunt, terwijl ook overigens niet is gebleken dat inhoudelijke zaken van de behandeling van klager door verweerder aan I zijn meegedeeld. Voorts heeft klager gesteld dat verweerder zijn beroepsgeheim heeft geschonden door het verlenen van toestemming aan F om I over bepaalde zaken van hem te informeren. Daarbij wordt gedoeld op het feit dat F aan I heeft verzocht geen persoonlijke informatie over haar met klager te delen, omdat klager er moeite mee heeft van haar los te komen. Tussen partijen is niet in geschil dat I nimmer over de aanleiding en inhoud van de behandeling van klager is geïnformeerd. Het College stelt op grond van het voorgaande vast dat I met instemming van verweerder slechts zeer terughoudend is geïnformeerd over klager. Voor zover het verstrekken van deze zeer summiere informatie door F aan haar collega I al aangemerkt zou kunnen worden als schending van het beroepsgeheim door verweerder is deze naar het oordeel van het College in het licht van de door F persoonlijk ervaren problemen bij de beëindiging van haar behandelrelatie met klager te rechtvaardigen. Daarnaast overweegt het College dat verweerder direct nadat hij per mail op de hoogte is geraakt van de bezwaren van klager ervoor heeft gezorgd dat F teruggekomen is van haar voornemen om ook J te verzoeken geen informatie over haar aan klager te verstrekken. Het voorgaande leidt tot de conclusie dat dit klachtonderdeel dient te worden afgewezen.

Geen/onjuiste informatie verstrekken over diagnose, klachtonderdeel 3.1. sub f

5.10. Klager heeft gesteld dat hij tijdens de behandeling niet heeft gehoord wat de diagnose is op basis waarvan hij zou worden behandeld en dat hem uit het dossier gebleken is dat er geen behandelplan is opgesteld voorafgaand aan de behandeling.

5.11. Verweerder heeft verweer gevoerd door te stellen dat het destijds nog gebruikelijk was om een mondelinge behandelovereenkomst met cliënten aan te gaan en dat het ook gebruikelijk was om de diagnose slechts mondeling mee te delen. Een visitatiecommissie heeft deze praktijk in 2010 ook nog bij verweerder goedgekeurd. Inmiddels hebben zich op dit punt wijzigingen voorgedaan en zijn er - ook in de praktijk van verweerder - schriftelijke behandelovereenkomsten. F, van wie de door klager tegen haar aangespannen tuchtaak gelijktijdig is behandeld met de onderhavige zaak heeft ter zitting verklaard dat zij destijds na de intake de diagnose en het behandelplan mondeling met klager heeft besproken. De primaire diagnose bij

klager luidde 'een obsessief compulsieve stoornis' binnen Medico gerubriceerd als 'geen verblijf met angst' met op as II: 'trekken van een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis', respectievelijk 'trekken van een borderline stoornis.'

5.12. Het College is van oordeel dat door de gemotiveerde betwisting niet is komen vast te staan dat klager bij aanvang van de behandeling niet op de hoogte is gesteld van de diagnose, alsmede het behandelplan. Gelet hierop dient dit klachtonderdeel te worden afgewezen.

Schenden dossierplicht, klachtonderdeel 3.2.

5.13. Klager verwijt verweerder dat deze zijn dossierplicht heeft geschonden door geen deugdelijk dossier aan te leggen en door na afloop van de behandeling wijzigingen aan te brengen in het dossier van klager. Klager is van mening dat niet alles wat hij bij de behandeling heeft gezegd is opgenomen in het dossier.

5.14. Verweerder heeft hierover gesteld dat F een dossier over klager heeft aangelegd en dat deugdelijk heeft bijgehouden. Hetgeen klager aan dossier heeft ontvangen, is alles wat er binnen de praktijk over hem was, er is geen informatie uitgehaald of achtergehouden. Het dossier bevat geen verslagen van het multidisciplinair overleg. Verweerder heeft gesteld dat de uitwisseling van informatie tussen professionals onderling niet in een patiëntendossier behoeft te worden opgenomen. Wat de aangebrachte wijzigingen betreft heeft verweerder meegedeeld dat bij klager door verweerder later een indicatiestelling is toegevoegd. Het formulier geeft samengevat de uitkomsten weer van de intakegegevens en de vaststellingen (diagnose, dbc-classificatie en contouren behandelplan) zoals gemaakt in het teamoverleg en bij de intake naar voren is gekomen.

5.15. Het College overweegt hieromtrent dat -anders dan klager kennelijk meent- een dossier niet een volledig verslag behoeft te bevatten van hetgeen tijdens de behandeling aan de orde is gekomen. Immers ingevolge het bepaalde in artikel 454, eerste lid, van de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) houdt de hulpverlener in het dossier aantekening van de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt en de te diens aanzien uitgevoerde verrichtingen en neemt andere stukken, bevattende zodanige gegevens, daarin op, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk is. Naar het oordeel van het College is het -bezien in het licht van de in het derde lid van genoemd artikel genoemde bewaartermijn van 15 jaar en het belang dat bij een eventuele vervolgbehandeling of een eventuele nieuwe behandeling door een andere hulpverlener de voor die behandeling van belang zijnde gegevens uit een eerdere behandeling beschikbaar zijn- noodzakelijk dat de door klager met verweerder aangegane behandelingsovereenkomst deel uit maakt van het dossier. Door na te laten een dergelijke overeenkomst aan het dossier toe te voegen is verweerder tekort geschoten in de ingevolge voormeld artikellid op hem rustende verplichting. Met betrekking tot het ontbreken van de verslagen van het multidisciplinaire overleg in het dossier overweegt het College dat voor een goede hulpverlening niet zonder meer noodzakelijk is dat die verslagen worden toegevoegd aan het dossier. In aanmerking genomen dat klager inhoudelijk geen klachten heeft over zijn behandeling bij F en bij gebreke van een nadere onderbouwing zijnerzijds waarom opneming van die verslagen voor een goede hulpverlening aan hem noodzakelijk waren, is het College van oordeel dat verweerder niet gehouden was om die verslagen aan het dossier toe te voegen. Ten aanzien van het verwijt dat verweerder naderhand een wijziging heeft aangebracht in het dossier door na afloop van de behandeling een indicatiestelling toe te voegen overweegt het College als volgt. In geval van een onduidelijk beeld bij de intake en/of de aanvang de behandeling, waarvan in het geval van klager die kampte met depressiviteit, dwangklachten en angst, sprake was, wordt pas in de loop van de contacten duidelijk welk traject de voorkeur verdient en op welke problemen gefocust moet worden. Dat een indicatiestelling aanvankelijk ontbrak in het dossier valt verweerder daarom niet te verwijten. Daarenboven heeft het College niet kunnen vaststellen in welk belang klager door het ontbreken van een indicatiestelling in het dossier ten tijde van de behandeling, waarover klager -zoals reeds eerder overwogen- geen inhoudelijke klachten had, is geschaad. Derhalve is niet aannemelijk geworden dat toevoeging van de indicatiestelling aan het dossier ten tijde van de behandeling voor een goede hulpverlening aan klager noodzakelijk was. Ten behoeve van een goede hulpverlening bij een eventueel aansluitende behandeling door een andere behandelaar en bij een eventueel nieuwe behandeling zou daarentegen de aanwezigheid van een indicatiestelling in het dossier na afronding van de behandeling door F wel noodzakelijk kunnen zijn. Toevoeging van een indicatiestelling na afronding van de behandeling was daarom wel noodzakelijk. Niet valt daarom in te zien in welk belang klager door deze handelwijze van verweerder is geschaad. Aan verweerder valt derhalve op dit onderdeel ook geen verwijt te maken. Concluderend is het

College van oordeel dat verweerder op het eerste onderdeel van dit klachtonderdeel tuchtrechtelijk tekort is geschoten.

Belemmeren klager bij indienen klacht/niet toetsbaar opstellen, klachtonderdelen 3.3. en 3.4.

5.16. Gelet op de samenhang tussen de klachtonderdelen 3.3. en 3.4. zal het College deze hierna gezamenlijk behandelen.

5.17. Klager heeft gesteld dat verweerder zich in het hele traject niet toetsbaar heeft opgesteld. In het traject voorafgaand aan de klachtenprocedure van de NVVP is hij nimmer ingegaan op het voorstel om de kwestie met elkaar te bespreken. Voorts ontbrak op de website een klachtenregeling, er stond enkel dat contact met verweerder kon worden gezocht. Daarnaast heeft hij klager verwezen naar zijn interne klachtenprocedure die niet voldoet aan de daaraan te stellen eisen, nu daarin zowel verweerder als een medewerker van zijn praktijk zitting hebben. De verwijzing naar het NIP was onjuist, nu het niet mogelijk bleek om daar een klacht in te dienen. Verweerder was wel aangesloten bij de NVVP, maar heeft verzuimd dit aan klager te melden. Ook bij de behandeling van de klachten bij de klachtencommissie heeft hij zich niet toetsbaar opgesteld, door onder meer te stellen dat hij enkel financieel als hoofdbehandelaar gezien kan worden, maar materieel niet.

5.18. Verweerder heeft in reactie op het voorgaande gesteld dat zijn website destijds wel degelijk een klachtenregeling heeft vermeld, die overeenkomstig de eisen van de NVVP was. Daarnaast heeft verweerder steeds geprobeerd de klachten op een goede manier op te pakken. Verweerder heeft de keuze van klager om uiteindelijk toch formele klachten in te dienen bij de klachtencommissie van de NVVP en het College ook nimmer gefrustreerd.

5.19. Het College overweegt omtrent het voorgaande als volgt. De stelling van klager dat verweerder voorafgaand aan de procedure bij de NVVP nimmer is ingegaan op het voorstel om de kwestie te bespreken is feitelijk onjuist, nu vast staat dat op 4 januari 2013 een dergelijk gesprek heeft plaatsgevonden. Partijen verschillen voorts van opvatting over het feit of de website van verweerder al dan niet een klachtenregeling kende. Gelet op de mailberichten van verweerder van 14 november 2012 is het College van oordeel dat voor zover klager door het raadplegen van de toegezonden link al niet goed door verweerder over de klachtenregeling mocht zijn geïnformeerd, hij nog diezelfde dag door verweerder een beschrijving van de klachtenprocedure heeft ontvangen. Het voorgaande geeft het College dan ook geen aanknopingspunten voor het oordeel dat verweerder zich niet toetsbaar zou hebben opgesteld. Voor zover klager heeft gesteld dat verweerder zich niet toetsbaar heeft opgesteld door de wijze waarop hij binnen zijn praktijk vorm gegeven heeft aan de interne klachtenprocedure overweegt het College het volgende. In het bedrijf van verweerder ontbrak tot 1 maart 2013 een deugdelijke klachtenregeling, nu de door verweerder gehanteerde klachtenregeling gelet op de rol die bij de behandeling van klachten aan verweerder en een medewerker van hem was toebedeeld, onvoldoende onafhankelijk was. Verweerder heeft zulks al eerder ingezien en heeft inmiddels de noodzakelijke maatregelen getroffen om in een onafhankelijke klachtenregeling te voorzien. Dit onderdeel van de klacht is mitsdien gegrond.

Ontbreken van praktijkrichtlijnen voor privacy patiënten, klachtonderdeel 3.5

5.20. Klager verwijt verweerder voorts dat hij als praktijkhouder heeft verzuimd ervoor zorg te dragen dat binnen de praktijk duidelijke richtlijnen bestonden over het uitwisselen van informatie tussen de behandelaren. Klager had van tevoren aangegeven dat hij niet wilde dat informatie over hem met I en J werd uitgewisseld en dit is volgens klager uiteindelijk toch zonder reden gebeurd, hetgeen verweerder als praktijkhouder ernstig is aan te rekenen.

5.21. Verweerder heeft in zijn verweer gesteld dat hij binnen zijn praktijk de richtlijnen van de NIP volgt.

5.22. Het College overweegt dat als leidraad voor professioneel handelen voor psychologen in 2012 de *Beroepscode voor psychologen* van het Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP) uit 2007 had te gelden. Naar het oordeel van het College volstaat het toepassen van deze beroepscode binnen een praktijk en behoeft deze niet een nadere uitwerking in een praktijkrichtlijn. Dit klachtonderdeel dient derhalve naar het oordeel van het College ongegrond te worden verklaard.

In strijd gehandeld met de eisen van de zorgverzekeraar, klachtonderdeel 3.6.

5.23. Ten slotte heeft klager gesteld dat verweerder niet heeft voldaan aan de afspraken die hij met de zorgverzekeraar van klager heeft gemaakt om de kwaliteit van de behandeling te waarborgen. Verweerder zou op grond van deze afspraken zelf als hoofdbehandelaar moeten optreden en 80% van de behandelingen zelf uitvoeren. Daarnaast diende hij over een klachtenregeling te beschikken die aan de WKCZ voldoet.

5.24. Verweerder heeft betwist dat zijn bedrijf E geen deugdelijke klachtregeling zou hebben. De klachtenregeling van verweerder was te vinden op de website van E en bevond zich ook in het cliëntenhandboek dat zich in de wachtruimte van de praktijk bevond.

5.25. Het College is van oordeel dat voor zover verweerder zijn overeenkomst met een zorgverzekeraar niet correct nagekomen zou zijn, het aan de betreffende zorgverzekeraar is om het hierover op grond van hun contractuele relatie aan te spreken en niet klager in het kader van een tuchtprocedure op grond van de wet BIG. Klager dient derhalve in dit klachtonderdeel niet-ontvankelijk te worden verklaard.

6. Slotsom

De conclusie op grond van hetgeen hiervoor is overwogen, is dat de klachtonderdelen 3.1. sub a en b, 3.2. deels en 3.3. gegrond zijn en de klachtonderdelen 3.1. sub c tot en met f, 3.2. deels en 3.4. en 3.5. ongegrond zijn en klachtonderdeel 3.6. niet-ontvankelijk is.

Nu klager zich op zich altijd zeer tevreden heeft getoond over de behandeling die hij van F bij E heeft gehad van april 2010 tot juli 2012 en verweerder met betrekking tot de punten die in het hiervoor overwogene tot gegrondverklaring hebben geleid heeft erkend dat deze verbetering behoeften en deze inmiddels -voor zoveel nodig- ook in zijn praktijk heeft doorgevoerd is het College van oordeel dat in het onderhavige geval kan worden volstaan met het opleggen van de maatregel van waarschuwing.

7. Beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:

- verklaart de klachtonderdelen 3.1. sub a en b, 3.2. deels en 3.3. gegrond;
- verklaart klachtonderdeel 3.6 niet-ontvankelijk;
- verklaart de klachtonderdelen voor het overige ongegrond;
- legt op de maatregel van waarschuwing.