

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.310

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE **voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.310 van:

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

C., wonende te D., verweerster in beroep, tevens appellante in incidenteel beroep, klagster in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

C. – hierna klagster – heeft op 29 november 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A., specialist ouderengeneeskunde – hierna: de arts – een klacht ingediend. Bij beslissing van 13 juli 2018, onder nummer 319/2017, heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en aan de arts voor het gegrond verklaarde deel de maatregel van berisping opgelegd. De arts is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend en heeft daarin incidenteel beroep ingesteld. De arts heeft hierop gereageerd met een verweerschrift in het incidenteel beroep.

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

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“2. **DE FEITEN**

Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De moeder van klagster, E. (hierna: cliënte), verbleef van 5 mei 2012 tot 5 december 2012 in een particuliere zorginstelling, ‘zorgresidentie F.’ (hierna: F.) in G.. Daarvoor was zij, in maart 2012, kort opgenomen geweest in deze instelling. Cliënte verkeerde in een vergevorderd stadium van dementie en haar verzorging was zeer intensief. Cliënte is in 2012 overleden.

Verweerder, specialist ouderengeneeskunde, was samen met zijn echtgenote eigenaar en directeur van F.. Verweerder was daarnaast als bestuurder verbonden aan Stichting H.. De zorg in F. werd aangeboden door Stichting H.. Klagster had voor cliënte een

zorgovereenkomst getekend met Stichting H. welke contractueel onlosmakelijk was verbonden met de service- en woonovereenkomst met F.

F. presenteerde zich onder meer als volgt: “deskundige, luxe verzorging waarbij uw levensgeluk voorop staat! Uw specifieke zorgvraag is ons vertrekpunt waaromheen de zorgverlening georganiseerd wordt. Inzet van voldoende deskundig, professioneel en gekwalificeerd zorgpersoneel is hierbij essentieel. Het team van bestaat uit een specialist ouderengeneeskunde, verpleegkundigen, verzorgenden, activiteitenbegeleiders en huishoudelijke medewerkers. Ook zijn er dagelijks vrijwilligers aanwezig. Verder treft u op werkdagen de locatiemanager aan, verantwoordelijk voor het coördineren van de persoonlijke zorg en dienstverlening binnen F.. Regelmatig zullen er speciale contactmomenten worden georganiseerd (zorgleefplanbesprekingen) om samen met u en uw familie uw zorgsituatie te bespreken. Zo kan uw zorgbehoefte zo optimaal mogelijk worden afgestemd. Met vriendelijke groet, I. (directie & verpleegkundige) A. (directie & specialist ouderengeneeskunde).”

In de media werd F. neergezet als een voorziening waar ‘deskundige verzorging werd verleend aan demente bejaarden met een verpleeghuisindicatie’.

De rol van verweerder kwam in verschillende artikelen als volgt naar voren: “[RTG: verweerder] is op de achtergrond aanwezig voor advies.” En: “Surplus is de expertise van [RTG:verweerder], specialist ouderengeneeskunde. Zijn deskundigheid en expertise zal worden ingezet om de bewoners de juiste aanvullende medische behandeling te verlenen.”

In het zorgleefplan van cliënte, d.d. 25 mei 2012, werden de namen van verweerder en zijn echtgenote als ‘kernteam’, arts en afdelingscoördinator, genoemd.

Op 4 juni 2012 stuurde specialist ouderengeneeskunde J. een e-mailbericht aan klaagster met de volgende inhoud: “Wat verdrietig te lezen dat uw moeder definitief opgenomen is, maar ik kan me geheel vinden in het besluit hiertoe. [RTG: Verweerder] is de specialist ouderengeneeskunde die direct aan F. verbonden is. Hij is voortaan medisch eindverantwoordelijk voor uw moeder. Toevallig werkt hij ook deels voor K.. Ik heb deze mail naar hem gecct zodat hij gebruik kan maken van het door ons opgebouwde dossier. Ik zal tevens een afsluitende brief laten uitgaan naar de huisarts. [...]”

Dezelfde dag reageerde verweerder hierop per e-mail aan J. en klaagster:

“Even voor de duidelijkheid. Ik ben niet als behandelaar aan F. verbonden. De medische eindverantwoordelijkheid ligt bij dr. L., huisarts te G..”

Cliënte kreeg tijdens haar opname in F. verschillende keren haar medicatie door voedsel toegediend. In de rapportage noteerde begeleider M. op 10 mei 2012 het volgende: “Mw heeft haar dipiperon in het toetje gekregen om 19.00 uur.” Op 14 mei 2012 noteerde M.: “Mw heeft haar dipiperon op een zout koekje gehad, heeft magnesiumpil ook ingenomen.”

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

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

Op 28 juli 2012 is cliënte 's nachts gevallen. Begeleider O. vermeldde in haar rapportage: “Mevrouw was om 23.00, 0.00, 1:30 uur en 3.00 uur op de grond. Om 03.00 uur vond ik mevrouw kermend van de pijn. Zij gaf pijn aan aan haar rechter pols en ze had een schaafwond aan haar rechter elleboog. De huisartsenpost werd gebeld, ze kwamen niet in eerste instantie, ik moest maar paracetamol proberen. Ik heb het geprobeerd

maar dat lukte niet. Om half vijf heb ik C. gebeld en zij stond niet te trappelen om te komen. Ze liet haar schoonzusje bellen en die deed er nog een schepje op. Ik heb ze toen voor het blok gezet, zoals ze dat zelf noemde en ze kwamen eraan. Tegen 6.15 uur waren ze er. Ondertussen heb ik weer de huisarsenpost gebeld of mevrouw toch iets voor de pijn kon hebben want aankleden zou dan toch ook niet lukken. teghen de tijd dat de arts er was, hadden de dames haar al aangekleed en zijn tegen 7.00 uur richting ziekenhuis vertrokken. Med kaart is mee.”

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

Naar aanleiding van het onaangekondigde bezoek in oktober 2012 heeft de inspectie een rapport opgesteld waarin het volgende werd genoteerd over het zorg(behandel)-/leefplan: “Het zorgleefplan is opgesteld aan de hand van de vier levensdomeinen (normmodel Actiz). Uit de gesprekken maakte de inspectie op dat het zorgleefplan wordt opgesteld door de directie van F. in samenspraak met de familie van de cliënt.[...] Het zorgleefplan wordt tweemaal per jaar geëvalueerd in het MDO (multidisciplinair overleg). Bij het MDO is de directie aanwezig en de familie van de cliënt. Eén directielid is aanwezig als eindverantwoordelijke voor de zorgverlening aan de cliënt, het tweede directielid is als specialist ouderengeneeskunde bij de evaluatie aanwezig.”

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

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

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

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

- 1. zich niet heeft gehouden aan de medicatieveiligheid;*
- 2. zijn titel specialist ouderengeneeskunde heeft misbruikt;*
- 3. zonder toestemming het zorgdossier van cliënte aan de IGZ heeft verstrekt;*
- 4. geen maatregelen heeft getroffen tegen ouderen mishandeling en geen melding*

hierover heeft gedaan aan de IGZ;

5. gebruik heeft gemaakt van vrijheidsbeperkende maatregelen zonder aanwezigheid van een BOPZ titel;
 6. niet heeft gezorgd voor een back-up bij afwezigheid van de directie;
 7. cliënte juiste zorg heeft onthouden.
4. **HET STANDPUNT VAN VERWEERDER**

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

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

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1 Allereerst dient te worden beoordeeld of klaagster in haar klacht kan worden ontvangen. Verweerder is als arts en specialist ouderengeneeskunde geregistreerd in het BIG-register en in die hoedanigheid onderworpen aan het tuchtrecht. De tuchtnormen zoals neergelegd in artikel 47, eerste lid, onder a en b Wet BIG betreffen niet alleen handelen of nalaten in strijd met de zorg die een beroepsbeoefenaar behoort te betrachten ten opzichte van de patient en diens naaste betrekkingen (de eerste tuchtnorm), maar ook ander handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg (de tweede tuchtnorm). Verweerder heeft verklaard dat hij zelf geen zorg verleende aan cliënte. Het college dient de vraag te beantwoorden of hetgeen klaagster verweerder verwijt, onder de tweede tuchtnorm valt en, zo ja, of verweerder in strijd met die norm heeft gehandeld.

Op grond van de tweede tuchtnorm kan handelen in een bestuurlijke of leidinggevende functie tuchtrechtelijk worden getoetst. Voor de ontvankelijkheid moet de gedraging voldoende weerslag hebben op het belang van de individuele gezondheidszorg én tevens in de hoedanigheid van geregistreeerde – naast in de hoedanigheid van bestuurder/leidinggevende – hebben plaatsgevonden. Daarvan kan sprake zijn indien een BIG-geregistreeerde zich bij zijn optreden als bestuurder tevens heeft begeven op het terrein waarop hij de deskundigheid bezit waarvoor hij is ingeschreven in het BIG-register. De verwijten van klaagster zien op handelen van verweerder als directeur en (feitelijk) bestuurder van F.. Naar het oordeel van het college is klaagster ontvankelijk in haar

klacht daar het handelen van verweerder voldoende weerslag heeft op de individuele gezondheidszorg. Dat F. een particuliere woonzorgvoorziening zou zijn waar geen handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg zouden worden verricht treft geen doel. Verweerder heeft als specialist ouderengeneeskunde én bestuurder een woonzorgvoorziening opgericht voor de verzorging van een zeer kwetsbare doelgroep. Hij heeft zich in de presentatie van de woonvoorziening geafficheerd als de specialist ouderengeneeskunde en zo de indruk en het vertrouwen gewekt, dat hij mede zorgverantwoordelijk was voor cliënte. Uit de rapportage van de Inspectie blijkt dat verweerder (mede) verantwoordelijk was voor de opstelling van de zorgleefplannen. Aan die verantwoordelijkheid kan hij zich niet nu, door een beroep op niet-ontvankelijkheid, onttrekken. De verwijten van klaagster betreffen gedragingen die in het algemeen ook op het terrein liggen waarop verweerder de deskundigheid bezit waarvoor hij (als arts) in het BIG-register als bedoeld in artikel 3 Wet BIG is ingeschreven.

5.2 Het college gaat nu over tot de inhoudelijke beoordeling van de klacht. Daarbij stelt het college voorop dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

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

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

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

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

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

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

5.6 Nu de klacht grotendeels gegrond is dient het college te beslissen over de aan verweerder op te leggen maatregel. Over de hoogte van die maatregel overweegt het college het volgende. Het college rekent het verweerder zwaar aan dat hij, ondanks de kennis die hij als specialist ouderengeneeskunde over de betreffende cliëntengroep had, zich onttrokken heeft van zijn verantwoordelijkheid om als bestuurder de voorwaarden te scheppen die noodzakelijk waren voor het verlenen van verantwoorde zorg. Verweerder had zichzelf ervan dienen te vergewissen dat er verantwoorde zorg binnen F. geleverd kon worden, hetgeen hij nagelaten heeft. Daarnaast rekent het college verweerder aan dat hij geen zelfinzicht heeft getoond en zijn verantwoordelijkheid volledig heeft afgeschoven op zijn echtgenote. Alles bij elkaar genomen acht het college de maatregel van berisping passend."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

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

4. Beoordeling van het beroep

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

opleggen van een lichtere maatregel. Klaagster heeft hiertegen verweer gevoerd met conclusie het beroep te verwerpen.

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

4.3 Het Centraal Tuchtcollege oordeelt als volgt.

In het principaal en het incidenteel beroep

4.4 Het Centraal Tuchtcollege volgt niet de stelling van de arts dat het door klaagster verweten handelen niet is te beschouwen als handelen dat op grond van de tweede tuchtnorm onder het tuchtrecht valt (artikel 47 lid 1 sub b van de Wet BIG: enig ander handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg). F. presenteerde zich als een woonvoorziening waarbij in de voor ouderen benodigde zorgverlening kon worden voorzien door een team waarvan een specialist ouderengeneeskunde deel uitmaakte. Ter terechtzitting in beroep heeft de arts erkend dat met deze aanduiding naar hem werd verwezen. Gelet op deze aanduiding, die een sterke aanwijzing vormt voor de verantwoordelijkheid van de arts als specialist ouderengeneeskunde, in combinatie met wat verder over het handelen van de arts is gebleken (zoals zijn aanwezigheid als specialist ouderengeneeskunde bij de evaluatie van de zorgleefplannen tijdens het MDO, aangehaald in het naar aanleiding van het bezoek van IGZ op 19 oktober 2012 opgestelde rapport van november 2012) heeft de arts de stelling van klaagster dat het handelen van de arts valt onder handelen dat getoetst kan worden aan de tweede tuchtnorm, onvoldoende weersproken. Klaagster is door het Regionaal Tuchtcollege terecht in haar klacht ontvangen.

In het principaal beroep

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

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

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

is onthouden. Ook het zevende klachtonderdeel is daarmee door het Regionaal Tuchtcollege terecht gegrond bevonden.

In het incidenteel beroep

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

Conclusie

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

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

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

in het principaal en het incidenteel beroep:

verwerpt het beroep;

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

Deze beslissing is gegeven door: E.J. van Sandick, voorzitter; W.P.C.M. Bruinsma en H. de Hek, leden-juristen en C. de Graaf en P.J. Schimmel, leden-beroepsgenoten en M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 20 juni 2019.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.