



Rapport

Datum: 6 oktober 2004

Rapportnummer: 2004/390

Klacht

1. Verzoeker, Raad van Bestuur van psycho-medisch centrum Parnassia, klaagt erover dat twee inspecteurs van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, regio Zuidwest, te Rijswijk, van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) te lichtvaardig, althans op onjuiste gronden, in 1997 een tuchtklacht hebben ingediend tegen twee medewerkers in dienst van respectievelijk een rechtsvoorganger van psycho-medisch centrum Parnassia. en - sinds de oprichting per 1 januari 1999 - Parnassia.

2. Daarnaast klaagt verzoeker erover dat de minister van VWS in reactie op zijn klacht dienaangaande het verzoek heeft afgewezen om de gemaakte kosten door de medewerkers in verband met de gevoerde procedures te vergoeden, en heeft laten weten niet te treden in de bevoegdheid van de inspecteurs om tuchtrechtklachten in te dienen.

Beoordeling

I. Ten aanzien van de Inspectie voor de Gezondheidszorg

1. Op 2 april 1997 overleed in psychiatrisch centrum Bloemendaal (later onderdeel van psycho-medisch centrum Parnassia) een patiënte ten gevolge van verstikking door de onrustbanden waarin zij op dat moment op bed lag. De patiënte was op vrijwillige basis in het psychiatrisch centrum opgenomen. De fixatie door middel van onrustbanden had tegen haar wil plaatsgevonden.

Het psychiatrisch centrum maakte melding van het overlijden van de patiënte bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). In het daaropvolgende calamiteitenonderzoek stelde de IGZ vast dat er bij de fixatie te lange zijstukken waren gebruikt, waardoor de patiënte zich kon omdraaien.

2. Op 10 oktober 1997 dienden inspecteur voor de gezondheidszorg, inspecteur 1, en regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, inspecteur 2, van de IGZ een klacht in bij het Regionaal Medisch Tuchtcollege (RMT) over het handelen respectievelijk het nalaten van handelen van behandelend psychiater X en psychiater en geneesheer-directeur Y, beiden werkzaam bij het psychiatrisch centrum Bloemendaal.

3. De IGZ verweet Y onder meer dat:

* hij in zijn functie van geneesheer-directeur geen zorg had gedragen voor het (doen) opstellen van een protocol/richtlijnen ter zake de toepassing van fixatie;

* hij in zijn functie van geneesheer-directeur na de constatering van de calamiteit niet direct maatregelen had getroffen die gericht waren op het voorkomen van nieuwe, vergelijkbare calamiteiten;

* hij in zijn functie van geneesheer-directeur niet had getoetst noch had laten toetsen of de leidinggevend en de medewerkers die waren belast met de toepassing van middelen en maatregelen (separatie, afzondering, fixatie, gedwongen medicatie en gedwongen voeding en vocht) respectievelijk dwangbehandeling adequaat waren geschoold en voldoende van de risico's bij de toepassing van het fixatiemateriaal op de hoogte waren geweest. De inspecteurs voegden in de schriftelijke klacht toe dat naar hun oordeel de arts in zijn functie van geneesheer-directeur het vertrouwen in de stand der geneeskundigen had ondermijnd en zich schuldig had gemaakt aan nalatigheid waardoor ernstige schade was ontstaan aan patiënte, de dood ten gevolge hebbend. Volgens de schriftelijke klacht vorderde het algemeen belang de behandeling van de klacht, omdat het de IGZ bij herhaling was gebleken dat geneesheer-directeuren hun verplichtingen ter zake de toepassing van ingrijpende en risicovolle handelingen of dwangbehandeling onvoldoende aandacht gaven en op ruime schaal het (laten) opstellen van protocollen ter zake nalieten.

4. De IGZ verweet X onder meer dat hij:

* zich vooraf niet had vergewist van de risico's die de toepassing van fixatie met zich bracht noch van de voorschriften die aan de juiste uitvoering van fixatie verbonden waren;

* doordat hij zelf niet op de hoogte was van de voorschriften voor de juiste toepassing van fixatie, hij bij de eerste tekenen van onjuiste uitvoering van de fixatie niet had ingegrepen noch had laten ingrijpen.

Naar het oordeel van de IGZ had X op grond van bovenstaande blijk gegeven van nalatigheid ter zake de verwerving van de noodzakelijke kennis en kunde en zodoende van onkunde, waardoor ernstige schade was ontstaan voor patiënte, de dood tot gevolg hebbend en had X door zijn handelen het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

Ook ten aanzien van X achtte de IGZ behandeling van de klacht noodzakelijk voor het algemeen belang, in dit geval omdat het de IGZ bij herhaling was gebleken dat artsen in het algemeen onvoldoende kennis droegen van de risico's die aan fixatie verbonden waren en omdat het in strijd was met de professionele normen dat onder de verantwoordelijkheid van de arts medische hulpmiddelen werden toegepast zonder dat de arts zich had vergewist van de uitvoeringsvoorschriften.

5. Ten behoeve van de tuchtklachtbehandeling schakelde het RMT een deskundige in die op 1 juni 1999 een advies uitbracht. Het advies hield onder meer in dat het onderwerp van fixatie niet leefde binnen de psychiatrische professie. Er werd zelden over gepubliceerd en het was geen onderwerp dat op symposia of in workshops ter sprake kwam. Voorts maakte de techniek van het fixeren geen onderdeel uit van de voorgeschreven vaardigheidstrainingen van de arts-assistent in opleiding tot psychiater en bestonden er geen wettelijke voorschriften voor de juiste toepassing van fixatiemateriaal. In geen enkel

nationaal of internationaal handboek was erover geschreven. Binnen de psychiatrische beroepsgroep waren geen geëxpliciteerde normen of voorschriften in de vorm van algemeen geaccepteerde protocollen of richtlijnen beschikbaar. De wijze waarop met fixatie werd omgegaan en de wijze van toepassing verschilde van instituut tot instituut en was iets dat mondeling werd overgeleverd aan nieuw personeel.

6. Het RMT oordeelde bij beslissing van 8 december 1999 dat de klachten jegens zowel Y als X op alle punten ongegrond waren.

6a. Ten aanzien van de klacht jegens Y overwoog het RMT onder meer dat nu binnen de beroepsgroep ten tijde van het verweten handelen geen algemeen aanvaarde richtlijnen bestonden voor de toepassing van fixatiemateriaal, de arts niet kon worden verweten dat hij in zijn instelling niet had zorggedragen voor de ontwikkeling en implementatie van dergelijke regels. Het RMT was van oordeel dat deze situatie ongewenst en riskant was, maar dat zulks aan een individueel beroepsbeoefenaar niet in het bijzonder kon worden verweten.

Omtrent het tweede onderdeel van de klacht overwoog het RMT dat de arts na de calamiteit voldoende voortvarend maatregelen had getroffen. De calamiteit was bij de bevoegde instanties gemeld en er had intern onderzoek plaatsgevonden, terwijl bovendien aan extern onderzoek alle medewerking was verleend. Voorts was een protocol ontwikkeld dat kennelijk zodanig was dat het algemeen binnen de beroepsgroep was verspreid, waarmee aan het debat over dit onderwerp in ieder geval een belangrijke bijdrage was geleverd.

Omtrent het derde onderdeel van de klacht overwoog het RMT dat de arts het verwijt van klagers dat hij onvoldoende toezicht had gehouden, genoegzaam had weersproken, terwijl bovendien de afwezigheid van consensus binnen de beroepsgroep over de juiste toepassing van fixatiematerialen het onmogelijk had gemaakt binnen de instelling te toetsen of een en ander juist werd toegepast. Niet was gesteld en evenmin was gebleken dat binnen de instelling werd gefixeerd op een zodanig riskante wijze dat de arts direct had moeten ingrijpen.

6b. Ten aanzien van de klacht jegens behandelend arts X oordeelde het RMT onder meer dat er door X geen fouten waren gemaakt. Voorts overwoog het RMT dat het, nu er binnen de beroepsgroep ten tijde van het verweten handelen geen algemeen aanvaarde richtlijnen bestonden voor de toepassing van fixatiemateriaal, niet kon vaststellen of de fixatie juist was toegepast. Daarnaast was de betrokken patiënte eerder op dezelfde wijze gefixeerd, zonder dat dit tot levensbedreigende situaties had geleid.

7. Op 8 maart 2000 stelde de IGZ hoger beroep in tegen de beslissing van 8 december 1999. De IGZ maakte er onder meer bezwaar tegen dat het RMT zijn beslissing sterk had gebaseerd op het deskundigenadvies van 1 juni 1999. In tegenstelling tot de bevindingen

van deze deskundige was de IGZ van oordeel dat de wijze van toepassing van fixatie wel degelijk uitgebreid in allerhande schriftelijk materiaal aan de orde was gekomen. Zo had de IGZ zelf al vanaf 1994 in zijn jaarverslagen gewaarschuwd voor het gebruik van Zweedse banden. Verder tekende de IGZ in het beroepschrift aan dat zij het psychiatrisch centrum Bloemendaal in de jaren voorafgaand aan het incident bij herhaling erop had gewezen dat er binnen Bloemendaal onvoldoende aandacht was voor toepassing van protocollen en ook voor het ontwikkelen van nieuwe protocollen.

8. Op 20 februari 2001 verwierp het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) het hoger beroep in beide zaken. Het Centraal Tuchtcollege nam de inhoud van het deskundigenadvies over. De beslissing ten aanzien van de klacht jegens Y houdt voorts onder meer in dat de IGZ eraan voorbij had gezien dat het vervaardigen van een protocol in de regel niet iets is wat binnen een tijdbestek van enkele maanden kan worden gerealiseerd. Nu vaststond dat het ziekenhuis waarvan Y geneesheer-directeur was op 20 juni 1996 een conceptnota middelen en maatregelen (met daarin passages over fixatie) aan de IGZ had gezonden, op 15 april 1997 had geantwoord op de reactie van de IGZ van 26 februari 1997 en daarna was voortgegaan met het ontwikkelen van het betreffende protocol, sneed het verwijt van de IGZ dat het ziekenhuis onvoldoende adequaat op de onderhavige calamiteit had gereageerd, geen hout.

Dat de IGZ Bloemendaal voorafgaand aan het incident er bij herhaling op had gewezen dat er binnen Bloemendaal onvoldoende aandacht was voor toepassing van protocollen en ook voor het ontwikkelen van nieuwe protocollen, was onvoldoende komen vast te staan.

9. Verzoeker, de Raad van Bestuur van Parnassia, klaagt er in de eerste plaats over dat de inspecteurs van de IGZ te lichtvaardig, althans op onjuiste gronden, een tuchtklacht hebben ingediend tegen Y en X.

10. De minister van VWS deelde mee verzoekers klacht op dit punt niet gegrond te achten. De IGZ had alvorens de procedures te starten een belangenafweging gemaakt aan de hand van artikel 16 van de Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen (hierna: Leidraad, zie Achtergrond, onder 1.).

De IGZ had de procedure aangespannen om een tuchtrechtelijk oordeel te verkrijgen over het handelen van artsen ten aanzien van de rechtspositie van de vrijwillig opgenomen patiënt bij wie tegen de zin fixatie wordt toegepast, de eigen verantwoordelijkheid van de psychiater in zijn rol van supervisor van arts-assistenten en als eindverantwoordelijke voor de beslissing om tot fixatie over te gaan zonder zich te vergewissen van het feit of zijn verpleegkundigen hiertoe bekwaam waren, en de specifieke eindverantwoordelijkheid in deze casus van de directeur patiëntenzorg, in casu de geneesheer-directeur.

De IGZ had gemeend dat deze zaak daartoe zeer geschikte feitelijke omstandigheden bevatte. Het RMT was echter niet tot beoordeling hiervan gekomen, nu het op grond van de mening van de deskundige reeds van oordeel was dat nu ten tijde van de calamiteit binnen de beroepsgroep geen algemeen aanvaarde richtlijnen bestonden voor toepassing van fixatiemateriaal, de arts niet kon worden verweten dat hij in zijn instelling niet had zorggedragen voor de ontwikkeling en implementatie van dergelijke regels. Het RMT was daarmee volgens de IGZ voorbijgegaan aan de beantwoording van de klachten. Zodoende had de IGZ gemeend goede grond te hebben het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te mogen vragen alsnog alle in eerste aanleg geformuleerde vragen te beantwoorden. Zeker nu de uitspraak van het RMT voornamelijk was gebaseerd op de uitspraken van de deskundige en deze in algemene zin had gesproken en niet was ingegaan op de feiten van deze casus.

Nu de onderhavige kwestie niet uitsluitend ging om het maken van protocollen, maar met name om de bovengenoemde gronden, had het gereed komen van de protocollen geen reden gevormd van beroep af te zien. Uiteraard was dit wel bij de afweging aan de orde geweest, echter de in de opvatting van de IGZ onjuiste belangenafweging van het RMT, dat wil zeggen het volgen van het deskundigenadvies, en de wenselijkheid van een uitspraak over de eindverantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur in dezen hadden de doorslag gegeven om beroep aan te tekenen. De overige kwesties speelden voornamelijk in de procedure tegen de heer X.

Alvorens beroep aan te tekenen hadden beide behandelend inspecteurs intern (in het functioneel inspecteursoverleg en met de hoofdinspecteur) de kwestie besproken. Vervolgens was het dossier besproken met de juristen van de IGZ en de Landsadvocaat. Deze laatste had de zaak beoordeeld op mogelijke haalbaarheid in beroep. Eerst na die beoordeling was de IGZ overgegaan tot het instellen van beroep.

Op grond van het bovenstaande was de minister van VWS van mening dat niet kon worden geconcludeerd dat de IGZ te lichtvaardig of op onjuiste gronden een tuchtklacht had ingediend tegen de beide beroepsbeoefenaren in dienst van Parnassia dan wel diens rechtsvoorganger. Evenmin kon worden geconcludeerd dat de IGZ had gehandeld in strijd met de beginselen van behoorlijk bestuur, aldus de minister.

11. In reactie op het standpunt van de minister van VWS liet verzoeker onder meer weten dat niet aannemelijk was gemaakt dat het ontbreken van protocollen het overtreden van een tuchtnorm inhoudt. De IGZ stelde een gewenste praktijkvoering ten onrechte gelijk aan een tuchtnorm.

Verzoeker was verder van mening dat de tuchtzaak rauwelijks was gestart, zonder een deskundige te raadplegen.

12. De IGZ is een onderdeel van het Staatstoezicht op de volksgezondheid en op grond van artikel 36 van de Gezondheidswet (zie achtergrond, onder 4.) belast met de bewaking van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

Als uitvloeisel van die taak is de IGZ op grond van artikel 65 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG, zie achtergrond, onder 3.) en artikel 16 van de “Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen” (zie achtergrond, onder 1.) bevoegd om een klacht in te dienen bij het Medisch Tuchtcollege, indien sprake is van een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat één van de in de Medische Tuchtwet (thans: artikel 47 van de Wet BIG, zie achtergrond, onder 3.) omschreven tuchtnormen is overtreden door een beroepsbeoefenaar die aan tuchtrechtspraak is onderworpen, en indien daarnaast het algemeen belang bij de zaak in overwegende mate is betrokken.

De IGZ dient ingevolge artikel 16 van de Leidraad bij een beslissing om een klacht in te dienen de volgende aspecten in overweging te nemen:

- * de ernst van de melding;
- * recidive van de zijde van de betrokken beroepsbeoefenaar;
- * de behoefte om door het uitlokken van een tuchtrechtelijke uitspraak duidelijkheid te verkrijgen ten aanzien van hetgeen geldend recht moet worden geacht met betrekking tot een aspect van de beroepsuitoefening.

13. Een actieve opstelling van de IGZ in de vervulling van haar taak, onder meer door in te spelen op actuele problemen en te reageren op incidenten die mogelijk betrekking hebben op een structurele tekortkoming, moet positief worden gewaardeerd. Daarmee geeft de IGZ blijk van een taakopvatting die past bij het inspectie-onderdeel van het Staatstoezicht op de volksgezondheid. Het feit dat de IGZ naar aanleiding van de gebeurtenissen in Bloemendaal (later Parnassia) in actie is gekomen, staat op zichzelf ook niet ter discussie. Het gaat alleen om de vraag of de IGZ met het aanbrengen van een tuchtrechtsklacht een passend middel heeft gekozen. Daarbij is van belang of de IGZ bevoegd was om een klacht in te dienen. Derhalve moet worden vastgesteld of sprake was van een redelijk vermoeden dat een medische tuchtrechtsnorm was overschreden, en of daarnaast met het indienen van een klacht een algemeen belang werd gediend.

14. De IGZ kon in redelijkheid van oordeel zijn dat met het indienen van de klacht bij het RMT een algemeen belang werd gediend. Normering ontbrak voor de toepassing van fixatie van psychiatrische patiënten en met name voor het gebruik van de zogenoemde Zweedse banden, terwijl zich daarmee ernstige calamiteiten hadden voorgedaan. Meer specifiek was er aanleiding om, mede naar aanleiding van de gang van zaken in Bloemendaal (later onderdeel van Parnassia) in algemene zin de rechtspositie van vrijwillig

opgenomen patiënten bij wie tegen hun wil fixatie wordt toegepast aan de orde te stellen, en daarbij de verantwoordelijkheid te betrekken van de psychiaters die de eindbeslissing moeten nemen om tot fixatie over te gaan, alsook de eindverantwoordelijkheid van de directeuren patiëntenzorg op dit punt. Daarnaast kon de IGZ in redelijkheid menen dat de gebeurtenissen in Bloemendaal zich leenden voor normering.

15. Om deze punten van algemeen belang aan de orde te kunnen stellen in het kader van een tuchtrechtelijke procedure, moest zoals gezegd ook aan de voorwaarde zijn voldaan dat sprake was van een redelijk vermoeden dat een tuchtrechtelijke norm was overschreden. Het tuchtrecht is immers naar zijn aard primair gericht op de beroepsuitoefening door individuele beroepbeoefenaars. In het medisch tuchtrecht is aan de orde of een geneeskundige zich schuldig heeft gemaakt aan handelingen die het vertrouwen in de stand der geneeskunde ondermijnen, of aan nalatigheid, of in de beroepsuitoefening blijkt heeft gegeven van grove onkunde. Wanneer uit de feiten en omstandigheden niet in redelijkheid een vermoeden kan worden afgeleid dat de betrokken geneeskundige een dergelijk verwijt kan worden gemaakt, is het tuchtrecht niet het geëigende middel om een kwestie aan de orde te stellen. Omdat in een tuchtrechtelijke procedure het beroepsmatig functioneren van de betrokkene ter discussie wordt gesteld, en een negatieve uitkomst daarvan voor de betrokkene kan leiden tot het opleggen van verschillende sancties, waaronder die van ontzegging van de bevoegdheid de geneeskunst uit te oefenen, heeft het indienen van een klacht bij het tuchtcollege door de IGZ als toezichthoudend overheidsorgaan een grote impact. Daarom moet de IGZ niet alleen de algemene belangen betrekken bij de afweging om een procedure in te stellen, maar ook de vraag of de tuchtrechtelijke verwijten die de betrokkenen eventueel kunnen worden gemaakt opwegen tegen de gevolgen voor de betrokkenen van het instellen van de procedure.

16. Voor de bevoegdheid van de IGZ om een tuchtklacht in te dienen hoeft niet vast te staan dat een tuchtrechtelijke norm is overtreden. Een redelijk vermoeden volstaat. Het feit dat het RMT achteraf heeft geoordeeld dat geen sprake was van tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen is niet bepalend voor de vraag of de IGZ bevoegd was om de klachten in te dienen. In dit verband is van belang dat de tuchtrechnormen open zijn geformuleerd, en niet zijn uitgewerkt in meer specifieke tuchtrechtelijke normeringen. Of een tuchtrechnorm is overtreden hangt derhalve af van de beoordeling, die bij uitstek in een tuchtrechtprocedure kan plaatsvinden, of een bepaald handelen of nalaten een schending van één of meer van de algemene tuchtrechnormen inhoudt. Vanzelfsprekend kan een handelen in strijd met een medisch protocol een schending opleveren. Echter ook het opstellen of het niet opstellen van een protocol, en het verrichten van medische handelingen zonder dat daarvoor protocollering heeft plaatsgevonden, zijn gedragingen van medische beroepsbeoefenaren waarop om die reden het tuchtrecht betrekking kan hebben, en waarover de IGZ derhalve in beginsel een klacht kan indienen. Daaraan doet niet af dat het RMT in dit geval heeft geoordeeld dat geen sprake was van een schending

van een tuchtrechnorm, onder meer omdat geen protocollering had plaatsgevonden.

17. De klacht die de IGZ over geneesheer-directeur Y en behandelend psychiater X heeft voorgelegd aan het RMT komt er in de kern op neer dat zij vanuit hun respectievelijke, indirecte, verantwoordelijkheden onvoldoende hebben gewaarborgd dat zich bij de toepassing van ingrijpende behandelingstechnieken zoals fixatie geen calamiteiten konden voordoen.

Het gebruik van Zweedse banden voor het fixeren van patiënten had zich laten kennen als zeer riskant, gezien de incidenten met dodelijke afloop die zich daarmee in de periode voorafgaand aan de onderzochte gedraging in verschillende instellingen hadden voorgedaan. Dit gegeven, gevoegd bij de omstandigheid dat het medisch personeel niet beschikte over concrete richtlijnen voor het gebruik van het middel omdat geen protocollering had plaatsgevonden, had aanleiding kunnen vormen tot het achterwege laten van de toepassing ervan, in afwachting van het daadwerkelijk opstellen van een protocol. Nu daarvoor niet is gekozen, had al het mogelijke moeten worden gedaan om zeker te stellen dat zich niet nog eens een dergelijk ongeluk zou voordoen. Het behoort immers tot de eerste verantwoordelijkheid van medische beroepsbeoefenaren om ervoor te zorgen dat patiënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd niet onnodig als gevolg van een medische handeling, zeker wanneer die gedwongen wordt ondergaan, overlijden.

18. Gezien het voorgaande kon de IGZ, toen zich een dodelijk ongeluk met de Zweedse banden had voorgedaan, in redelijkheid vermoeden dat niet al het mogelijke was gedaan om dit te voorkomen. Er was dan ook aanleiding voor de veronderstelling dat Y als geneesheer-directeur en X als verantwoordelijk psychiater mogelijk, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid, tekort waren geschoten in het betrachten van de specifieke zorg die op dit punt werd vereist. Aangezien aldus niet alleen in overwegende mate sprake was van algemeen belang, maar daarnaast ook van een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat één van de omschreven tuchtnormen door de betrokken beroepsbeoefenaren was overschreden, was de IGZ bevoegd om een klacht in te dienen.

Daarmee spreekt de Nationale ombudsman zich, ook gelet op het feit dat inmiddels tuchtrechtelijke uitspraken zijn gedaan, niet uit over de wijze waarop de IGZ de klachten heeft geformuleerd, noch wat betreft de concrete verwijten noch wat betreft de gestelde daaruit voortvloeiende schending van de tuchtrechtelijke normen.

Wel is de Nationale ombudsman van oordeel dat het redelijk vermoeden van schending van een tuchtrechtelijke norm een zodanig ernstige gebeurtenis betrof dat de IGZ na een belangenafweging in redelijkheid het besluit als zodanig heeft kunnen nemen om de rol van de betrokken artsen mede met het oog op het algemeen belang aan de orde te stellen in een tuchtrechtelijke procedure, ook al grijpt een dergelijke procedure diep in in het persoonlijk leven van de betrokken artsen.

De onderzochte gedraging is op dit punt behoorlijk.

II. Ten aanzien van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

1. Bij brief van 13 augustus 2001 informeerde verzoeker de minister van VWS over de door de IGZ aangespannen tuchtzaken. Verzoeker liet weten zeer kritisch te zijn over het optreden van de IGZ. Hij verzocht de minister te bevorderen dat in de toekomst de IGZ zorgvuldig de legitieme belangen van de hulpverleners in de gezondheidszorg zou afwegen bij de te ondernemen stappen.

Verder verzocht verzoeker de minister de kosten, die hij voor het verweer van Y en X had gemaakt, te vergoeden. Dit betrof een bedrag van f 72.808.

2. De minister van VWS wees het verzoek bij brief van 14 november 2001 af. De minister liet weten niet te treden in de eigen bevoegdheid van de inspecteurs om tuchtklachten in te dienen.

Ook het verzoek om vergoeding van de rechtsbijstandkosten wees de minister af. Hij deelde daaromtrent mee dat juridische bijstand niet verplicht was, en dat externe toetsing, waaronder ook tuchtzaken, behoorden tot het risico van elke praktijkvoering.

3. Verzoeker klaagt over de afwijzende reactie van de minister van VWS op zijn verzoeken.

4. De minister van VWS liet weten de klacht niet gegrond te achten. De minister deelde onder meer mee dat in de Wet BIG de bevoegdheid tot het aanhangig maken van een tuchtzaak bij het regionale tuchtcollege door de wetgever is geattribueerd aan de hoofdinspecteur en de regionale inspecteurs van de IGZ (artikel 65, eerste lid onder d, Wet BIG, zie achtergrond, onder 3.). Nu de wetgever er uitdrukkelijk voor heeft gekozen om rechtstreeks eigen bevoegdheden en taken toe te kennen aan de IGZ, die de IGZ zonder tussenkomst van de minister van VWS kan uitoefenen, is de minister van oordeel dat hij niet in deze zelfstandige bevoegdheid van de IGZ dient te treden. De IGZ heeft in het onderhavige geval, gelet op de feiten en haar wettelijke taken, geoordeeld dat er voldoende grond bestond om het handelen van beide artsen aan tuchtrechterlijke toetsing te onderwerpen. Het is niet aan de minister om zich in een dergelijk geval in de taakuitoefening van de IGZ te mengen; voor ingrijpen door middel van het geven van een aanwijzing is slechts plaats in zeer bijzondere omstandigheden. Het feit dat het RMT en het CTG de tuchtklacht tegen beide artsen uiteindelijk hebben afgewezen, doet hier niet aan af, aldus de minister.

De twee inspecteurs hadden weloverwogen een tuchtklacht ingediend. Zij hadden de kwestie besproken in het functioneel inspecteursoverleg en met de hoofdinspecteur. Vervolgens was het dossier besproken met de juristen van de IGZ en de Landsadvocaat.

Ten aanzien van het verzoek om de kosten van rechtsbijstand te vergoeden deelde de minister mee dat in het tuchtrecht juridische bijstand of vertegenwoordiging niet verplicht is, dat de meeste artsen een rechtsbijstandverzekering hebben en dat het inhuren van rechtsbijstand door de werkgever niet noodzakelijk is.

5. Verzoeker deelde in reactie daarop nog mee dat het standpunt van de minister dat juridische bijstand in casu niet verplicht was, een miskennis is van het individuele belang van de beroepsbeoefenaren. Verzoeker achtte het argument dienaangaande des te meer af te wijzen, nu de IGZ zichzelf bij het hoger beroep had laten bijstaan door de landsadvocaat.

Vanuit het principe “de veroorzaker betaalt” behoorde de wijze waarop juridische bijstand anderszins gefinancierd kan worden, geen rol te spelen. Ook indien sprake zou zijn van ondersteuning door een verzekering of een lidmaatschap - hetgeen niet op voorhand mag worden aangenomen -, is dit volgens verzoeker geen argument om vergoeding van de gemaakte kosten af te wijzen; ongetwijfeld zou in dat geval de verzekeraar regres hebben genomen op de kostenveroorzaker.

6. Om te beoordelen of en in hoeverre in de onderhavige kwestie een rol voor de minister van VWS was weggelegd, is van belang hoe de verantwoordelijkheden in het wettelijk stelsel zijn geregeld.

De eigen verantwoordelijkheid die zorgaanbieders en individuele beroepsbeoefenaren op het terrein van de gezondheidszorg hebben voor de wijze waarop zij hun patiënten en/of cliënten behandelen (zie ook de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BIG, achtergrond, onder respectievelijk 3. en 5.) doet er niet aan af dat ook aan de overheid nadrukkelijk een rol is toegekend op het terrein van de gezondheidszorg. Met de individuele behandeling heeft de overheid in beginsel geen bemoeienis. De overheid kan zich er in de regel toe beperken de behandelpraktijk van een afstand te volgen.

In verschillende bijzondere wetten, zoals de Gezondheidswet en de reeds genoemde Kwaliteitswet zorginstellingen, is een aantal min of meer specifieke opdrachten aan de overheid neergelegd op het terrein van de gezondheidszorg. Een deel van deze bepalingen ziet met name op repressief optreden; van de overheid wordt (pas) actie verwacht wanneer haar blijkt dat zorgaanbieders of individuele beroepsbeoefenaren de ter zake gestelde wettelijke bepalingen niet naleven.

7. Op het niveau van de centrale overheid is het de minister van VWS die verantwoordelijk is voor de volksgezondheid. Ten behoeve van een aantal met name genoemde taken heeft de minister de Inspectie voor de Gezondheidszorg in het leven geroepen. De IGZ houdt zich bezig met het houden van toezicht op (de kwaliteit van) de gezondheidszorg en het handhaven van wettelijke voorschriften op het terrein van de volksgezondheid, alsmede het verrichten van onderzoek naar de staat van volksgezondheid en het ter zake

verstrekken van informatie en adviezen aan de minister.

Nu de IGZ speciaal voor deze taken is ingesteld, moet de IGZ in beginsel ook zelfstandig kunnen functioneren, zonder directe bemoeienis van de minister van VWS. Dit zelfstandig functioneren houdt ook in dat de IGZ tot op zekere hoogte - achteraf - onjuiste beslissingen moet kunnen nemen zonder dat de minister direct ingrijpt.

De minister van VWS kan echter niet worden gevolgd in zijn standpunt dat hij nimmer in de bevoegdheid van de IGZ kan treden. Hoewel in verschillende wetten bepaalde taken en bevoegdheden, zoals ook de minister aangaf in zijn reactie, expliciet zijn geattribueerd aan de IGZ, blijft de IGZ immer uiteindelijk onder de verantwoordelijkheid van de minister vallen. In geval van grove misstappen zal de minister zich niet aan deze verantwoordelijkheid kunnen onttrekken en zal hij moeten ingrijpen.

8. In het onderhavige geval was geen sprake van misstap van de IGZ. Er was derhalve ook geen aanleiding voor de minister om te bevorderen dat de IGZ in de toekomst soortgelijke gevallen niet voor het medisch tuchtcollege zou brengen.

De onderzochte gedraging is op dit punt behoorlijk.

9. Ten aanzien van de vraag of de minister van VWS gehouden is namens de IGZ de door verzoekster gevorderde rechtsbijstandskosten te vergoeden overweegt de Nationale ombudsman het volgende.

10. De minister heeft zich op het standpunt gesteld dat hij niet gehouden is namens Parnassia de gemaakte rechtsbijstandskosten te vergoeden, omdat hij niet kon treden in de bevoegdheid van IGZ om tuchtrechtklachten in te dienen. Daarmee miskent de minister echter dat hem is verzocht om de kosten namens de IGZ te vergoeden. Indien hij van oordeel was dat niet hij maar de IGZ zelf verantwoordelijk is voor een eventuele vergoeding, had hij zich daarover moeten verstaan met de IGZ, of ten minste verzoeker moeten verwijzen naar de IGZ. Daarnaast miskent de minister ook dat zijn bemoeienis met de IGZ wel is aangewezen in geval van ernstige misstappen van de IGZ.

11. De argumenten van de minister dat juridische bijstand in het tuchtrecht niet verplicht is, dat de meeste artsen een rechtsbijstandverzekering hebben en dat Parnassia als werkgever niet verplicht was de kosten voor de rechtsbijstand te dragen, kunnen de afwijzing van het verzoek om vergoeding van de rechtsbijstandskosten evenmin geheel dragen.

Het invoeren van juridische bijstand kan in dit geval niet zonder meer als onnodig worden aangemerkt, gelet op het belang van de zaak in samenhang met het feit dat het de IGZ was die de klachten had ingediend, in beroep met inschakeling van de landsadvocaat. Of de kosten van rechtsbijstand voor rekening waren gekomen van de betrokkenen zelf of van hun werkgever of verzekeraar, is op zichzelf niet bepalend voor de eventuele

gehoudenheid van de minister tot schadevergoeding.

12. Daarmee staat echter de gehoudenheid van de minister tot het (namens IGZ) vergoeden van de kosten niet vast. Zo is onder meer niet zeker of daarvoor de enkele ongegrondverklaring van de klachten bepalend is, of dat nog andere factoren een rol spelen. Hierin kan alleen de rechter een bindende uitspraak doen. In een dergelijk geval stelt de Nationale ombudsman zich terughoudend op (zie Achtergrond, onder 7.). Hij merkt de afwijzing van een schadeclaim alleen dan aan als een niet behoorlijke gedraging wanneer de aanspraak zo evident juist is dat het betrokken bestuursorgaan de claim niet in redelijkheid kon afwijzen. Daarvan is in dit geval echter geen sprake.

De onderzochte gedraging is in zoverre eveneens behoorlijk.

Conclusie

De klacht over de onderzochte gedraging van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, die wordt aangemerkt als een gedraging van minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, is niet gegrond.

De klacht over de onderzochte gedraging van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is eveneens niet gegrond.

Onderzoek

Op 1 maart 2002 ontving de Nationale ombudsman een verzoekschrift van de Raad van Bestuur van Parnassia., psycho-medisch centrum te Den Haag, met een klacht over een gedraging van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, regio Zuidwest, te Rijswijk, van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en over een gedraging van de minister van VWS.

Naar deze gedragingen, waarbij de eerstgenoemde gedraging wordt aangemerkt als een gedraging van de minister van VWS, werd een onderzoek ingesteld.

In het kader van het onderzoek werd de minister van VWS verzocht op de klacht te reageren en een afschrift toe te sturen van de stukken die op de klacht betrekking hebben.

Daarnaast werd de betrokken ambtenaren de gelegenheid geboden om commentaar op de klacht te geven. Zij maakten van deze gelegenheid geen gebruik.

Tijdens het onderzoek kregen de minister van VWS en verzoeker de gelegenheid op de door ieder van hen verstrekte inlichtingen te reageren.

Tevens werd de minister van VWS een aantal specifieke vragen gesteld.

Het resultaat van het onderzoek werd als verslag van bevindingen gestuurd aan betrokkenen.

Verzoeker berichtte dat het verslag hem geen aanleiding gaf tot het maken van opmerkingen.

De minister van VWS deelde mee zich met de inhoud van het verslag te kunnen verenigen.

Bevindingen

De bevindingen van het onderzoek luiden als volgt:

A. feiten

1. In het voorjaar van 1997 was in psychiatrisch centrum Bloemendaal (later onderdeel van psycho-medisch centrum Parnassia) op vrijwillige basis een patiënte opgenomen met een recidiverend depressief beeld. In verband met zelfbeschadigend gedrag werd deze patiënte op 29 maart 1997 in een separeercel geplaatst en in een onrustband op bed gelegd. Deze fixatie gebeurde tegen haar wil. Op 2 april 1997 is de onrustband losgemaakt, opdat zij haar medicatie kon innemen en kon eten. Hierna is de onrustband in zijligging aangebracht. Tussen 11.00 en 11.30 uur werd op de monitor waargenomen dat de patiënte zich op haar rug had gedraaid. Om 11.57 uur werd waargenomen dat zij op de knieën naast het bed zat. Dat was in het verleden vaker gebeurd. Om 12.10 uur werd de patiënte dood aangetroffen.

2. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) werd door het psychiatrisch centrum op de hoogte gesteld van het overlijden van de patiënte. Bij het calamiteitenonderzoek dat de IGZ vervolgens op 20 juli 1997 instelde, kwam naar voren dat er bij de fixatie te lange zijstukken waren gebruikt, waardoor de patiënte zich kon omdraaien. De patholoog-anatoom stelde vast dat zij door verstikking om het leven was gekomen. Op 1 september 1997 bracht de IGZ een rapport met tien aanbevelingen aan verzoeker, de Raad van Bestuur van Parnassia, uit. In een begeleidende brief verzocht de IGZ verzoeker vóór 1 oktober 1997 te reageren op de aanbevelingen. De aanbevelingen luiden onder meer als volgt:

“01. Het ziekenhuis dient binnen 2 maanden uitvoeringsprotocollen op te stellen voor alle middelen en maatregelen zoals genoemd in artikel 39 van de Wet BOPZ (...) (Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen; N.o.). Bij nalatigheid zal de Inspectie ernstig overwegen om de Minister van VWS te verzoeken een aanwijzing te geven op grond van de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

(...)

08. Het ziekenhuis wordt geadviseerd meer aandacht te geven aan de verpleegkundige vakinhoudelijke ontwikkelingen en te streven naar een centrale regie bij de opstelling van standaarden, protocollen en richtlijnen. Een staffunctionaris verpleegkunde in combinatie met een instellingsbrede vakgroep die aan de hand van een door de Raad van Bestuur vastgesteld activiteitenplan invulling geven aan hun functie(s), kan in deze behoefte voorzien.”

3. Op 30 september 1997 liet psychiater en geneesheer-directeur Y van ziekenhuis Parnassia de IGZ weten dat de uitvoeringsprotocollen voor alle middelen en maatregelen voor 1 november 1997 werden opgesteld. De IGZ zou worden gevraagd op de protocollen commentaar te geven. Voorts deelde Y mee dat een ander model fixatieband was aangeschaft, dat momenteel werd uitgetest.

4. Bij brief van 6 oktober 1997 deelde de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, inspecteur 2, verzoeker onder meer het volgende mee:

“Met waardering en instemming hebben wij kennis genomen van de wijze waarop u de aanbevelingen uit de rapportage betreffende het calamiteitenonderzoek overlijden mevrouw Br. hebt opgepakt. Hoewel wij ons goed realiseren dat de bevindingen en onze conclusies terzake het laatste calamiteitenonderzoek u tot uw gewijzigde opstelling hebben gebracht, hopen wij dat u vanaf heden niet klakkeloos onze opvattingen gaat delen teneinde kritische rapporten en/of ambtshalve maatregelen te voorkomen maar dat u met ons de overtuiging deelt dat de kritiek terecht is, dat de aanbevelingen reëel zijn en dat uw beleid en onze aanbevelingen gericht dienen te zijn op risicoredukatie. Verschil van inzicht kan heel goed bijdragen aan een vruchtbare en verhelderende gedachtenwisseling die voor beider meningsvorming zinvol is en voor dergelijke gedachtenwisselingen moet ook ruimte blijven bestaan.

Dit alles laat onverlet onze onderscheiden rollen en verantwoordelijkheden waartoe ook de verantwoording voor het eigen handelen en eventueel nalaten van handelen behoren.

De komende maanden worden wij graag geïnformeerd over de voortgang van de verdere uitwerking en het implementatieproject.”

5. Op 10 oktober 1997 dienden inspecteur voor de gezondheidszorg, inspecteur 1, en regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg, inspecteur 2, bij het Medisch Tuchtcollege een klacht in over het handelen respectievelijk nalaten van handelen van behandelend psychiater X en psychiater en geneesheer-directeur Y.

5a. De klacht tegen Y luidt als volgt:

“...In de Wet BOPZ worden specifieke taken en bevoegdheden toegekend aan een functionaris die aangeduid wordt als "geneesheer-directeur". Dit is de medicus in de functie van directeur dan wel de arts die, hoewel geen directeursfunctie bekleedende, belast is met

de zorg voor de algemene gang van zaken op geneeskundig gebied (artikel 1, lid 3, van de Wet BOPZ). Centraal in deze functie staan de organisatie van en het toezicht op de (kwaliteit van de) hulpverlening in het ziekenhuis (...). Daaronder valt het toezicht op de toepassing van middelen en maatregelen: separatie, afzondering, fixatie, gedwongen medicatie en gedwongen voeding en vocht (zie Besluit van 3 november 1993, Staatsblad 563, houdende regels omtrent middelen en maatregelen die kunnen worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties in psychiatrische ziekenhuizen (...)). Uitgaande van de Kwaliteitswet Zorginstellingen worden tot de kwaliteit van de hulpverlening o.a. gerekend de toedeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden (rekening houdende met de wettelijke bevoegdheden van de onderscheiden disciplines en de bekwaamheden van de betrokken medewerkers) alsmede het opzetten van kwaliteitssystemen waaronder de ontwikkeling van protocollen en richtlijnen.

Voorname klacht vindt haar grond in de volgende bevindingen en conclusies:

- de arts heeft in zijn functie van geneesheer-directeur geen zorg gedragen voor het (doen) opstellen van een protocol/richtlijnen terzake de toepassing van fixatie,
- de arts heeft in zijn functie van geneesheer-directeur na de constatering van de calamiteit niet direct maatregelen getroffen die gericht waren op het voorkomen van nieuwe, vergelijkbare calamiteiten,
- de arts heeft in zijn functie van geneesheer-directeur niet getoetst noch laten toetsen of de leidinggevenden en de medewerkers die belast zijn met de toepassing van middelen en maatregelen respectievelijk dwangbehandeling adequaat geschoold waren en voldoende van de risico's bij de toepassing van het fixatiemateriaal (risicovolle medische hulpmiddelen) op de hoogte waren.

Naar ons oordeel heeft de arts in zijn functie van geneesheer-directeur het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd en zich schuldig gemaakt aan nalatigheid waardoor ernstige schade is ontstaan aan patiënte, de dood tot gevolg hebbende.

De Inspectie is van oordeel dat het algemeen belang de behandeling van deze klacht vordert omdat ons bij herhaling blijkt dat geneesheer-directeuren in de zin van de Wet BOPZ hun verplichtingen terzake de toepassing van ingrijpende en risicovolle handelingen zoals middelen en maatregelen in een noodsituatie, conform artikel 39 van de Wet BOPZ, of dwangbehandeling, conform artikel 38 van de Wet BOPZ, onvoldoende aandacht geven en op ruime schaal het (laten) opstellen van protocollen terzake nalaten (...).

Deze constatering brengt ons tot slot tot het verzoek om uw uitspraak te zijner tijd te publiceren teneinde van uw uitspraak een preventieve werking te doen uitgaan naar andere artsen in vergelijkbare functies..."

5b. De klacht jegens X houdt het volgende in:

“...Hoewel in de rapportage van het calamiteitenonderzoek meerdere kritische kanttekeningen geplaatst zijn bij het handelen van de arts als eerste verantwoordelijke behandelaar en als supervisor van de arts-assistent, richt onze klacht zich op de volgende bevindingen en conclusies:

- de arts draagt conform de nota van toelichting bij het Besluit houdende regels omtrent de middelen en maatregelen die kunnen worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties in psychiatrische ziekenhuizen (Besluit middelen en maatregelen BOPZ, d.d. 3 november 1993 (...)), de verantwoordelijkheid voor de toepassing van middelen en maatregelen, maar blijkt zich vooraf niet te hebben vergewist van de risico's die de toepassing van de fixatie met zich brengt noch van de voorschriften die aan de juiste uitvoering van fixatie verbonden zijn.
- mede doordat de arts zelf niet op hoogte was van de voorschriften voor de juiste toepassing van fixatie heeft hij bij de eerste tekenen van onjuiste uitvoering van de fixatie niet ingegrepen noch laten ingrijpen.

Naar ons oordeel heeft de arts hierdoor blijk gegeven van nalatigheid terzake de verwerving van de noodzakelijke kennis en kunde en zodoende van onkunde, waardoor ernstige schade is ontstaan voor patiënte, de dood tot gevolg hebbende én heeft de arts door zijn handelen het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd.

De Inspectie is van oordeel dat het algemeen belang de behandeling van deze klacht vordert omdat ons bij herhaling blijkt dat artsen in het algemeen onvoldoende kennis dragen van de risico's die aan fixatie verbonden zijn en dat het in strijd is met de professionele normen dat onder de verantwoordelijkheid van de arts medische hulpmiddelen worden toegepast zonder dat de arts zich vergewist heeft van de uitvoeringsvoorschriften.

Deze constatering brengt ons tot slot tot het verzoek om uw uitspraak te zijner tijd te publiceren teneinde van uw uitspraak een preventieve werking uit te doen gaan naar andere artsen...”

6. Op 4 november 1997 verzocht Y de IGZ om commentaar te leveren op meegezonden conceptprotocollen.

7. Op 14 januari 1998 vond een bespreking plaats tussen Y en de IGZ over de conceptprotocollen.

8. Op 1 juni 1999 bracht prof. dr. T., werkzaam bij een psychiatrisch centrum, op verzoek van het Regionaal Medisch Tuchtcollege (RMT) een deskundigenadvies uit. Dit advies houdt onder meer het volgende in:

“Ik ga niet in op de vraag of de betreffende afdeling qua personele bezetting, competentie van het personeel, afdelingscultuur en dergelijke voldoende was toegerust om een intensive care-behandeling als boven aangeduid uit te voeren, omdat mij de gegevens daarvoor ontbreken. Dat laatste geldt ook voor het behandelbeleid in het onderhavige geval. Ik heb geen gegevens gekregen over het gedetailleerde behandelplan, de feitelijk gerealiseerde behandeling, en dan met name het medicatiebeleid. Een en ander maakt het feitelijk onmogelijk iets steekhoudends te zeggen over de indicatie voor het toepassen van fixatie in dit geval. De slagvaardigheid van het behandelbeleid, de competentie van het personeel, de afdelingscultuur zijn in hoge mate bepalend voor het stellen van de indicatie tot fixatie in een concreet geval. Over de deugdelijkheid van deze indicatie kan ik mij dus verder niet uitlaten. Ik beperk me derhalve tot enige opmerkingen over de techniek van de fixatie in engere zin.

1. Hoe de praktijk in Nederland is ten aanzien van het toepassen van fixatie in algemene zin is mij niet bekend. Er zijn mij dienaangaande nimmer onderzoeken in vakbladen onder ogen gekomen. Ik heb de indruk, dat elk instituut de uitvoering van de fixatie op eigen wijze heeft georganiseerd, waarbij voor zover ik weet lang niet altijd een protocol terzake beschikbaar is. Het is geen onderwerp dat op symposia of in workshops ter sprake komt. Er wordt zelden over gepubliceerd in de verpleegkundige literatuur en nooit in de psychiatrische literatuur. Het onderwerp leeft niet in de psychiatrische professie.

Vermoedelijk hangt dit samen met het feit, dat het toepassen van fixatie voor veel hulpverleners - ten onrechte overigens - moeilijk te verenigen is met het bedrijven van een humane psychiatrie. Men beleeft het als een rest van de "ouderwetse psychiatrie" van voor het tijdperk van de "antipsychiatrie". De techniek van het fixeren maakt geen onderdeel uit van de voorgeschreven vaardigheidstrainingen van de arts-assistent in opleiding tot psychiater. In geen enkel nationaal of internationaal psychiatrisch handboek wordt erover geschreven. Ik heb dat zeer recent nagegaan in een aantal pas verschenen standaardwerken. De indicatiestelling komt af en toe wel ter sprake, maar over de keuze van en het omgaan met het fixatiemateriaal is er voor de psychiater, al of niet in opleiding zijnde, niets te vinden.

2. Er zijn mij geen wettelijke voorschriften bekend over de keuze van de methode waarmee men de fixatie moet uitvoeren. Over de indicatiestelling, de juridische aspecten en dergelijke is wel iets te vinden, maar niet over de techniek. Binnen de psychiatrische beroepsgroep zijn er geen geëxpliciteerde normen of voorschriften in de vorm van algemeen geaccepteerde protocollen of richtlijnen beschikbaar. De praktijk is, dat men dit het terrein van de verpleegkundigen vindt en het feitelijk ook aan dezen overlaat. Verreweg de meeste psychiaters zouden niet weten hoe zij een patiënt lege artis moeten fixeren, domweg omdat ze er nooit enige training in hebben gehad. Er bestaan wel "guidelines" van de American Psychiatric Association uit de jaren 80 over "*restraint*" en "*seclusion*", maar daarin wordt nauwelijks ingegaan op de techniek van het fixeren. Zeer recent (1999) werd door GGZ Nederland een Protocol 'Fixeren' gepubliceerd, dat gedetailleerde

aanwijzingen voor de techniek terzake bevat. Het gaat hier echter niet om een reeds algemeen geaccepteerd en geïmplementeerd protocol.

3. De Zweedse band is een middel dat in het instituut waaraan ik verbonden ben vooral gebruikt wordt voor verwarde, cognitief gestoorde oudere patiënten; deze worden daarmee gefixeerd om te voorkomen dat ze uit bed vallen. Het gaat dus niet om patiënten, die gericht en bij vol bewustzijn pogingen ondernemen om zichzelf of anderen te beschadigen. In het laatste geval passen wij, indien het nodig is, tevens fixatie van armen en benen afzonderlijk toe (pols- en enkelbanden). Wederom geldt hier: dat staat nergens in de psychiatrische literatuur beschreven. De herkomst van de praktijk bij ons is ook niet te achterhalen. Het is iets dat tot de "huispraktijk" van het instituut behoort, die mondeling worden overgeleverd. Ik vrees, dat wij in dit opzicht geen uitzondering vormen.

4. Dat een Zweedse band gevaarlijk kan zijn bij mensen die zich doelgericht tegen fixatie verzetten en vastbesloten zijn zich van het leven te beroven is in ons instituut bekend, en dat wordt zo ook "overgedragen" aan nieuwkomers. Inzicht hierin wordt bovendien beschouwd als een kwestie van "gezond verstand". Ook hier geldt weer: het staat nergens in een richtlijn of psychiatrisch leerboek beschreven, uitgezonderd het onder 2. genoemde zeer recente protocol van GGZ Nederland (1999). Indien dat wel het geval zou zijn, is de kennis van verpleegkundigen en psychiaters hieromtrent daar niet uit afkomstig.

In de verpleegkundige opleiding wordt wel aandacht geschonken aan dit soort problemen, maar de daarbij gebruikte leermiddelen zijn de meeste psychiaters niet bekend. Zij beschouwen bovendien dit soort kennis en vaardigheden meestal als een onvervreembare deskundigheid en verantwoordelijkheid van de verpleegkundige, zelfs als ze formeel daarvoor de eindverantwoordelijkheid weten te dragen.

5. Ik acht de door mij in de punten 1 t/m 4 weergegeven stand van zaken uitermate onbevredigend. Dat gevallen als het onderhavige meer en meer gerapporteerd worden hangt samen met het feit dat het toepassen van fixatie tegen de verwachting van velen in geen obsoleete handeling geworden is, maar juist de laatste jaren meer en meer toegepast moet worden. Over de oorzaken daarvan kan men alleen maar speculeren. Wellicht hangen die samen met een groter aanbod aan enerzijds delirante ouderen en anderzijds agressieve of auto-agressieve patiënten, die onvoldoende op medicatie reageren. De vraag is of alle instituten op deze trend voldoende voorbereid zijn. Het is terecht, dat de Inspectie zijn zorgen hierover wereldkundig maakt. Het is wel de vraag of het gebrek aan kennis en vaardigheden terzake op dit moment aan een individuele beroepsbeoefenaar kan worden verweten. Het ligt meer op de weg van koepelorganisaties, zoals GGZ Nederland, beroepsverenigingen van psychiaters en verpleegkundigen om, mede daardoor uitgedaagd door de signalen van de Inspectie, richtlijnen terzake te vervaardigen en pogingen te ondernemen om de implementatie daarvan te waarborgen. De rol die de Inspectie in deze zou kunnen spelen is die van het verschaffen van informatie en het doen van aanbevelingen. Het gaat hier mijns inziens om een structureel kwaliteitsprobleem in de

beroepsuitoefening van psychiaters en verpleegkundigen dat op het juiste niveau gesignaleerd en aangepakt moet worden.”

9. Het RMT wees bij beslissing van 8 december 1999 de klachten van inspecteur 1 en inspecteur 2 jegens zowel Y als X af.

9a. In de beslissing van het RMT is als standpunt van de arts en als beoordeling van de klacht tegen psychiater en geneesheer-directeur Y onder meer het volgende opgenomen:

“3. Het standpunt van de arts

De door klagers genoemde verplichtingen rusten niet op de geneesheer-directeur persoonlijk. Het bestuur van de zorgaanbieder moet verantwoorde zorg bieden. De BOPZ is voorts niet van toepassing bij vrijwillig opgenomen patiënten. De arts heeft geen specifieke wettelijke verplichting geschonden. Delegatie van bevoegdheid is bovendien binnen de instelling toegestaan. Het is niet voorgeschreven een fixatieprotocol op te stellen. Dat zulks elders ook niet gebeurt, blijkt uit de eigen verslaglegging van klagers over het Middelen- en Maatregelenbeleid in de zin van de BOPZ in 1996, gepubliceerd in augustus 1997.

Er is correspondentie geweest tussen het Psychiatrisch Centrum Bloemendaal en de Inspectie over de conceptnota "Middelen en maatregelen en dwangbehandeling". Op de brief van de arts namens de instelling aan de Inspectie van 15 april 1997 is door de Inspectie niet gereageerd, waarna de Raad van Bestuur het concept heeft vastgesteld en de Raad van Toezicht de tekst heeft goedgekeurd. Gebleken is dat de Inspectie en de instelling van mening verschillen over de rechtspositie van patiënte.

Na de calamiteit op 2 april 1997 is direct een onderzoek ingesteld. Het onderzoek door de Inspectie vond pas plaats op 20 juli 1997. Toen zijn proeven uitgevoerd. Daags nadien heeft spoedoverleg met de circuitmanagers plaatsgevonden en zijn de lange zijbanden vernietigd. De interne nota is naar aanleiding van de onderzoeksbevindingen aangepast. Een onderzoek naar de veiligheid van gebruikte middelen is ingesteld door de Commissie Maatregelen en Middelen. Later is gebleken dat de Inspectie op dat moment al op de hoogte was van de specifieke risico's van bepaalde middelen. Op de brief van klagers d.d. 10 september 1997 is tijdig, dat wil zeggen op 30 september 1997, gereageerd. Er bestaan geen kant en klare cursussen voor gebruik van fixatiemateriaal.

4. De beoordeling

(...)

Omtrent het eerste gedeelte van de klacht overweegt het College dat de arts als geneesheer-directeur verantwoordelijk is voor de kwaliteit van het gebruikelijk beleid binnen de instelling waarvoor hij is aangesteld. Alhoewel bij de wijze waarop het

fixatiemateriaal is toegepast de arts in het geheel niet betrokken is geweest, was hij als geneesheer-directeur (mede) verantwoordelijk voor het type fixatiemateriaal en de manier van fixeren in zijn instelling. Uit het rapport van Prof Dr T. blijkt, dat het onderwerp fixatie "niet leeft in de medische professie" en dat er noch in de handboeken noch krachtens wettelijke regelingen voorschriften bestaan voor de juiste toepassing van fixatiemateriaal. De wettelijke voorschriften richten zich meer op de medische indicatie en de rechtspositie van de patiënt dan op de te gebruiken techniek. Zeer recent in 1999 is een "protocol fixeren" gepubliceerd waarvan ter zitting is komen vast te staan dat de arts aan de totstandkoming daarvan een belangrijke bijdrage heeft geleverd, zulks evenwel nadat het tragische incident met patiënte had plaatsgevonden. Nu binnen de beroepsgroep ten tijde van het verweten handelen geen algemeen aanvaarde richtlijnen bestonden voor de toepassing van fixatiemateriaal, kan de arts niet worden verweten dat hij in zijn instelling niet heeft zorggedragen voor de ontwikkeling en implementatie van dergelijke regels. Met klagers is het College van oordeel dat deze situatie ongewenst en riskant is, maar zulks kan aan een individueel beroepsoefenaar niet in het bijzonder worden verweten. Dit onderdeel van de klacht is mitsdien ongegrond.

Omtrent het tweede onderdeel van de klacht overweegt het College dat de arts na de calamiteit voldoende voortvarend maatregelen heeft getroffen. De calamiteit is bij de bevoegde instanties gemeld en er heeft intern onderzoek plaatsgevonden, terwijl bovendien aan extern onderzoek alle medewerking is verleend. Voorts is een protocol ontwikkeld dat kennelijk zodanig is dat het algemeen binnen de beroepsgroep is verspreid, waarmee aan het debat over dit onderwerp in ieder geval een belangrijke bijdrage is geleverd. Het College merkt voorts op dat de calamiteit als zodanig ongetwijfeld binnen de instelling een verhoogde mate van waakzaamheid zal hebben veroorzaakt bij de toepassing van fixatiematerialen teneinde herhaling te voorkomen. Ook dit onderdeel van de klacht is mitsdien ongegrond.

Omtrent het derde onderdeel van de klacht overweegt het College dat de arts het verwijt van klagers dat hij onvoldoende toezicht heeft gehouden genoegzaam heeft weersproken, terwijl bovendien de afwezigheid van consensus binnen de beroepsgroep over de juiste toepassing van fixatiematerialen het onmogelijk maakte binnen de instelling te toetsen of een en ander juist werd toegepast. Niet is gesteld en evenmin is gebleken dat binnen de instelling werd gefixeerd op een zodanig riskante wijze dat de arts direct had moeten ingrijpen. Ook dit onderdeel van de klacht is mitsdien ongegrond.

Ten overvloede overweegt het College dat het zorgwekkend is dat, naar uit het rapport van Prof. T. blijkt, binnen de beroepsgroep tot heden kennelijk weinig aandacht bestaat voor de wijze waarop fixatie moet worden toegepast. Het ware te wensen dat het in Nederland kwam tot meer aandacht voor dit onderwerp en de formulering van algemeen aanvaarde richtlijnen voor de gevallen waarin en de wijze waarop fixatie dient te worden toegepast. Het College is van oordeel dat in dit proces voor klagers een signalerende en sturende functie is weggelegd.

Het algemeen belang vordert de openbaarmaking van deze beslissing op de voet van artikel 13b van de Medische Tuchtwet.

RECHTDOENDE: wijst de klacht af.

(...)

Uit 's Rijks kas zullen aan klagers of aan de persoon over wie geklaagd is geen kosten vergoed worden voortvloeiend uit de behandeling van deze zaak.”

9b. In de beslissing van het RMT is als standpunt van de arts en als beoordeling van de klacht tegen behandelend psychiater X onder meer het volgende opgenomen:

“3. Het standpunt van de arts

De arts heeft het aanwezige fixatiemateriaal dat sinds jaar en dag gebruikt wordt op de bestendig gebruikelijke wijze gebruikt. In het ziekenhuis waar hij werd opgeleid werden dezelfde banden gebruikt. Klagers hebben bij hun bezoek aan de instelling in het vierde kwartaal van 1996 geen opmerkingen gemaakt over de fixatietechniek en het aanwezige fixatiemateriaal. Er bestaan geen voorschriften voor juiste toepassing van fixatie. De arts is niet betrokken geweest bij de besluitvorming rondom de toepassing van fixatie en kan daarop dus niet worden aangesproken. Inmiddels worden bredere banden gebruikt en er is door de protocollencommissie een protocol opgesteld.

4. De beoordeling

Het College stelt vast dat de arts als respectievelijk supervisor en achterwacht bij de besluitvorming rondom de toepassing van fixatiemateriaal bij patiënte betrokken is geweest en in die hoedanigheid als mede-behandelaar tuchtrechtelijk verantwoordelijk is.

Hij heeft als achterwacht in het Paasweekend telefonisch toestemming gegeven voor toepassing van het fixatiemateriaal, omdat patiënte dreigde zichzelf te beschadigen. Hij was met de toestand van patiënte lang en goed bekend en kon ook om die reden zijn toestemming verlenen zonder patiënte voorafgaand nog eens extra te hebben gezien.

Bij de wijze waarop het fixatiemateriaal is toegepast tijdens het Paasweekend, is de arts in het geheel niet betrokken geweest, nadien was hij echter uit hoofde van zijn functie als hoofdbehandelaar (mede) verantwoordelijk voor de uitvoering van de fixatie. Uit het rapport van Prof. Dr T. blijkt, dat het onderwerp fixatie "niet leeft in de medische professie" en dat er noch in de handboeken noch krachtens wettelijke regelingen voorschriften bestaan voor de juiste toepassing van fixatiemateriaal. De wettelijke voorschriften richten zich meer op de medische indicatie en de rechtspositie van de patiënt dan op de te gebruiken techniek. Zeer recent in 1999 is een "protocol fixeren" gepubliceerd waarvan ter zitting is komen vast te staan dat de instelling waar de arts werkzaam is aan de totstandkoming daarvan een

belangrijke bijdrage heeft geleverd, zulks evenwel nadat het tragisch incident met patiënte had plaatsgevonden.

Het College kan nu er binnen de beroepsgroep ten tijde van het verweten handelen geen algemeen aanvaarde richtlijnen bestonden voor de toepassing van fixatiemateriaal niet vaststellen dat de fixatie onjuist is toegepast. Ter zitting heeft de arts bovendien enkele, op zichzelf legitieme motieven aangegeven die er in dit geval voor zouden pleiten patiënte bij de fixatie enige speling te laten teneinde haar niet alle bewegingsvrijheid te ontnemen waarbij mede in aanmerking dient te worden genomen dat patiënte al eerder op deze wijze gefixeerd was geweest en alstoen ook de voorovergebogen houding naast het bed had aangenomen, zonder dat zulks tot levensbedreigende situaties had geleid. Daarom oordeelt het College dat de klacht ongegrond is en dient te worden afgewezen.

Ten overvloede overweegt het College dat het zorgwekkend is dat, naar uit het rapport van Prof. T. blijkt, binnen de beroepsgroep tot heden kennelijk weinig aandacht bestaat voor de wijze waarop fixatie moet worden toegepast. Het ware te wensen dat het in Nederland kwam tot meer aandacht voor dit onderwerp en de formulering van algemeen aanvaarde richtlijnen voor de gevallen waarin en de wijze waarop fixatie dient te worden toegepast. Het College is van oordeel dat in dit proces voor klagers een signalerende en sturende functie is weggelegd.

Het algemeen belang vordert de openbaarmaking van deze beslissing op de voet van artikel 13b van de Medische Tuchtwet.

RECHTDOENDE: wijst de klacht af.

(...)

Uit 's Rijks kas zullen aan klagers of aan de persoon over wie geklaagd is geen kosten vergoed worden voortvloeiend uit de behandeling van deze zaak.”

10. De IGZ ging op 8 maart 2000 tegen deze beslissing in hoger beroep. Het aanvullend beroepschrift van 22 juni 2000 in de zaak Y houdt onder meer het volgende in:

“Het Tuchtcollege heeft zijn oordeel, naar moet worden aangenomen, in belangrijke mate gebaseerd op het rapport van de door het Tuchtcollege aangezochte deskundige prof.dr. T. (...)

De bevindingen van T. - en het oordeel van het Medisch Tuchtcollege - bevreemden evenwel in het licht van het gegeven dat niet alleen de gevaren van het gebruik van de Zweedse band, maar ook de wijze van toepassing daarvan uitgebreid aan de orde komen in

- de literatuur;

- de opleiding van verpleegkundigen en het in die opleiding gebruikte materiaal;
- de productinformatie van fabrikanten van fixatiemateriaal;
- het Referentiekader psychogeriatrische verpleeghuizen van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid uit maart 1986;
- het Referentiekader Middelen en Maatregelen van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid uit 1987;
- het Referentiekader noodtoestanden bij patiënten in psychiatrische ziekenhuizen van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid uit juli 1980;
- de Jaarrapportages van de Inspectie uit 1994, 1995, 1996, 1997 en 1998;
- de contacten tussen de Inspectie en het ziekenhuis Bloemendaal voorafgaand aan het incident.

4.14 In de jaarverslagen van de Inspectie is herhaaldelijk gewaarschuwd voor de gevaren van het gebruik van de Zweedse band. In de Jaarrapportage Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1994 (...) is te lezen:

“Een waarschuwing is op zijn plaats tegen het toepassen van fixatie met een Zweedse band. Ook dit jaar werden vanuit verpleeghuizen opnieuw weer enkele daarmee samenhangende sterfgevallen gemeld. In enkele verpleeghuizen worden om deze reden geen Zweedse banden meer gebruikt, maar gebruikt men veiliger alternatieven, zoals de verpleegdeken en diverse alarmsystemen. Dit soort risico's vraagt dus evaluatie en mogelijk overgaan op veiliger fixatiemethoden en zeker geen uitbreiding naar ongecontroleerde situaties.” (...)

“Zo is dit jaar een patiënt overleden die gefixeerd was in een Zweedse band. Deze fixatiewijze is niet geheel ongevaarlijk. In enkele verpleeghuizen worden om deze reden geen Zweedse banden meer gebruikt. Dit is mogelijk omdat een aantal veiliger alternatieven is ontwikkeld, zoals de verpleegdeken en diverse alarmsystemen (bed-alarmmatje en stoel-alarmsystemen). Gelet op de risico's van Zweedse banden adviseert de inspectie over te gaan op veiliger methoden.” (...)

4.15 Een vergelijkbare waarschuwing komt terug in de Jaarrapportage 1995 (...):

“Ook dit jaar werden bij diverse regionale inspecties in het land calamiteiten gemeld. Een aantal meldingen wordt hieronder weergegeven. Uit twee regio's werden meldingen ontvangen van de dood van drie bewoners die aangetroffen werden, hangend in een "Zweedse band". Een oorzakelijk verband tussen het overlijden en het gebruik van de Zweedse band werd niet aangetoond. Wel moest geconstateerd worden dat niet in alle

betrokken verpleeghuizen duidelijke richtlijnen voorhanden waren voor het gebruik van deze "banden". (...)

4.16 In de Jaarrapportage 1996 (...) is te lezen:

"Om uit bed klimmen en vervolgens vallen te voorkomen worden ter bescherming soms tevens fixatiebanden gebruikt, die bij onjuiste toepassing het risico van verhangings met zich meebrengen." (...)

"Gezien enkele meldingen van overlijden ten gevolge van fixatiematerialen kan niet genoeg benadrukt worden hoe belangrijk het professioneel gebruik van fixatiemateriaal (en de deugdelijkheid ervan) is." (...)

4.17 Een waarschuwing komt terug in de Jaarrapportage 1997 (...):

"Richtlijnen voor een juiste toepassing van medische hulpmiddelen zoals beddekken, fixatiemateriaal en infuusapparatuur zijn in ruim driekwart van de verpleeghuizen niet voorhanden, ondanks het feit dat elk jaar bij de inspectie calamiteiten met fixatiemateriaal zoals "Zweedse banden" worden gemeld." (...)

(...)

Contacten Inspectie - Bloemendaal voorafgaand aan het incident

4.19 De toepassing van middelen en maatregelen door Bloemendaal is door de Inspectie herhaaldelijk aan de orde gesteld. Bloemendaal organiseerde op 15 juni 1990 een studiemiddag Middelen en Maatregelen. Het verslag van die dag (...) laat zien dat de Inspectie zich in de richting van Bloemendaal kritisch heeft opgesteld. Opgemerkt is dat het Bloemendaal beleid slechts summier is beschreven in een concept-nota. De Inspectie heeft benadrukt dat eenduidige en uniforme afdelingsregels noodzakelijk zijn. Voorts heeft de Inspectie aandacht gevraagd voor het gegeven dat in Bloemendaal regelmatig in strijd met het Referentiekader dubbele maatregelen worden toegepast (fixatie en separatie).

4.20 Op 8 en 14 november 1995 heeft de Inspectie in het kader van een algemeen toezicht bezoeken gebracht aan Bloemendaal. In de brief van 20 november 1995 (...), waarin de bevindingen van de bezoeken zijn neergelegd, heeft de Inspectie opnieuw laten weten dat de toepassing van protocollen in Bloemendaal onvoldoende aandacht kreeg, dat er onvoldoende aandacht werd besteed aan de ontwikkeling van nieuwe protocollen en dat er geen echte kwaliteitsinstrumenten waren op basis waarvan het beleid periodiek werd geëvalueerd en aangepast. Voorts werd nadrukkelijk gewezen op de rol van de psychiater als eindverantwoordelijke voor onder meer de toepassing van middelen en maatregelen en de toepassing van dwang. In de brief is voorts aangegeven dat de veiligheid, voor zover het vrijheidsbeperkingen betreft, naar het oordeel van de Inspectie exclusief tot het takenpakket van de psychiater behoort.

4.21 Op 30 oktober 1996 heeft de Inspectie opnieuw een bezoek aan Bloemendaal gebracht. In het verslag van dat bezoek, neergelegd in een brief van 14 november 1996 (...), heeft de Inspectie opnieuw opgemerkt dat Bloemendaal niet beschikte over een instellingsbreed protocollenboek of een centraal aangestuurde protocollencommissie. Ook werd geconstateerd dat de arts de patiënt weliswaar beoordeelt indien er in het kader van de Wet BOPZ een voorlopige machtiging moet worden aangevraagd, maar dat direct toezicht op andere aspecten van de uitvoering van de wet BOPZ niet plaatsvond.

4.22 Ook op 10 december 1996 heeft een bezoek aan Bloemendaal plaatsgevonden, waarbij door de Inspectie is gewezen op de noodzaak van een fixatieprotocol.

4.23 Bij brief van 26 februari 1997 (...) heeft de Inspectie de concept-nota Beleid Middelen en Maatregelen van Bloemendaal becommentarieerd. De Inspectie heeft daarin opnieuw aangegeven dat prioriteit moest worden gegeven aan het opstellen van protocollen ten aanzien van middelen en maatregelen.

(...)

7.3 Vervolgens overweegt het College ten onrechte:

'Niet is gesteld en evenmin is gebleken dat binnen de instelling werd gefixeerd op een zodanig riskante wijze dat de arts direct had moeten ingrijpen.'

Het College miskent hiermee dat in de Rapportage calamiteitenonderzoek overlijden Br., welk rapport aan de klacht was aangehecht en daarvan deel uitmaakte, voldoende aanwijzingen zijn te vinden dat in Bloemendaal wel degelijk werd gefixeerd op een wijze die de arts reden tot ingrijpen had moeten geven. Uit het rapport en de daaraan gehechte processen-verbaal komt naar voren dat de medewerkers van het ziekenhuis onvoldoende antwoord konden geven op de vraag wat het beleid met betrekking tot de controle van patiënten in een separeerruimte was. Br. is daarbij gefixeerd met te lange zijbanden, waardoor zij te veel speelruimte had, terwijl het de medewerkers van de instelling bekend was dat zij de neiging had zich van het bed af te bewegen. Voorts is gebleken dat het toezicht op Br. onvoldoende is geweest, nu zonder meer is aangenomen dat haar bijzondere houding, die slechts mogelijk was door een onjuiste, te ruime, fixatie -hoewel opgemerkt - ongevaarlijk was.

(...)

8.5 De Inspectie heeft echter, anders dan het Regionaal Medisch Tuchtcollege lijkt aan te nemen, geen taak op het gebied van het formuleren van protocollen voor de gezondheidszorg. Het College miskent hiermee de rol van de Inspectie. Ook op dit punt zij verwezen naar de pleitnota van de Inspecteurs in eerste aanleg.

8.6 De Inspectie heeft overigens op verschillende wijzen door de jaren heen de aandacht van beroepsbeoefenaren gevestigd op de risico's van fixatie en de waarborgen die er zouden moeten zijn. Het is aan de geneesheer-directeur of de directeur patiëntenzorg daaraan invulling te geven voor de praktijk binnen de betrokken instelling. Daar heeft de Inspectie een toezichthoudende en -met behulp van bezoeksrapportages- een adviserende en stimulerende rol.”

11. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg verwierp op 20 februari 2001 het hoger beroep in beide zaken.

11a. De beslissing in de zaak Y houdt onder meer het volgende in:

“ Overigens verenigt het Centraal College zich met de inhoud van het op 1 juni 1999 door Prof. Dr T. uitgebrachte advies en maakt dat tot de zijne. De door klagers aangehaalde literatuur doet niet in voldoende mate aan de conclusies van Prof. Dr T. af.

4. Het Centraal College stelt in deze zaak voorop dat het handelen of nalaten van de arts in zijn functie van geneesheer-directeur slechts in bijzondere gevallen kan worden aangemerkt als handelen of nalaten in de zin van artikel 1 van de (hier toepasselijke) Medische Tuchtwet of in de zin van artikel 47 lid 1 van de Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, zie Achtergrond, onder 3; N.o.).

5. Het Regionaal College heeft in de beroepen beslissing duidelijk en gemotiveerd aangegeven op grond waarvan zij de klacht van klagers hebben verworpen en die klacht hebben afgewezen. Het Centraal College verenigt zich met deze overwegingen en neemt die hierbij over. Daarbij wordt onderstreept dat, nu in casu sprake was van een vrijwillige opname, de BOPZ toepassing mist en de situatie moet worden beoordeeld op basis van boek 7, titel 7, afdeling 5 van het BW (de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling, Burgerlijk Wetboek; N.o.).

Nu als vaststaand kan worden aangenomen dat zich op 29 maart 1997 een noodsituatie heeft voorgedaan als bedoeld in artikel 7:466 BW, had het, voorzover patiënte niet instemde met de (voortzetting van de) fixatie en niet geacht kon worden haar eigen belangen redelijk te waarderen, op de weg van de dienstdoende arts gelegen de familie naderhand te consulteren, overeenkomstig het bepaalde in artikel 7:465 lid 3 BW, dan wel om een IBS-procedure (inbewaringstelling; N.o.) op te starten. Voorzover terzake al verwijten kunnen worden gemaakt aan de dienstdoende arts, dan wel diens afdelingshoofd, kan niet worden gezegd dat hier sprake is van een zo bijzonder geval dat terzake aan de arts, in zijn hoedanigheid als geneesheer-directeur, het tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt dat hij er onvoldoende op heeft toegezien dat de behandelend- c.q. de dienstdoende arts zich met de familie heeft verstaan danwel een IBS-procedure heeft opgestart.

6. Dat klagers tijdens bezoeken aan het psychiatrisch ziekenhuis waar de arts werkzaam is eind 1995 en eind 1996 expliciet opmerkingen hebben gemaakt over de wijze van fixeren en/of het in bedoeld ziekenhuis gebezigde fixatiemateriaal, wordt door de arts betwist en is onvoldoende gebleken.

7. Naar het oordeel van het Centraal College zien klagers er voorts aan voorbij dat het vervaardigen van een protocol in de regel niet iets is wat binnen een tijdsbestek van enkele maanden kan worden gerealiseerd. Nu vaststaat dat het ziekenhuis waarvan de arts geneesheer-directeur is (verder aan te duiden als het ziekenhuis) op 20 juni 1996 een conceptnota middelen en maatregelen (met daarin passages over fixatie) aan de inspectie had gezonden, op 15 april 1997 heeft geantwoord op de reactie van de inspectie d.d. 26 februari 1997 en daarna is voortgegaan met het ontwikkelen van het betreffende protocol, snijdt het verwijt van klagers, dat het ziekenhuis onvoldoende adequaat op de onderhavige calamiteit heeft gereageerd, geen hout. Daarbij dient te worden benadrukt dat het uiteindelijk door het ziekenhuis ontwikkelde protocol fixatie als model heeft gediend voor GGZ Nederland (gepubliceerd in het voorjaar van 1999)."

11b. De beslissing in de zaak tegen behandelend psychiater X is grotendeels gelijklopend en houdt verder onder meer het volgende in:

"Daargelaten dat de arts ter zitting heeft gesteld dat patiënte zich niet tegen (voortgaande) fixatie heeft verzet en dat ook de familie geen bezwaar had, is het tuchtrechtelijk verwijt dat de arts zou kunnen worden gemaakt, indien hij er als afdelingshoofd onvoldoende op heeft toegezien dat de behandelend - c.q. de dienstdoende arts zich met de familie heeft verstaan als hiervoor bedoeld, danwel dat een IBS-procedure werd opgestart, in de gegeven omstandigheden onvoldoende om een tuchtrechtelijke maatregel te rechtvaardigen.

5. Dat klagers, tijdens bezoeken aan het psychiatrisch ziekenhuis waar de arts werkzaam is eind 1995 en eind 1996 expliciet opmerkingen hebben gemaakt over de wijze van fixeren en/of het in bedoeld ziekenhuis gebezigde fixatiemateriaal, wordt door de arts betwist en is onvoldoende gebleken.

6. Vaststaat dat patiënte voorafgaand aan de fixatie op eigen verzoek was gesepareerd. De arts heeft onweersproken gesteld dat fixatie, in verband met het noodzakelijk toezicht, niet anders kon dan in de separeercel. Daarmee is voldoende gegeven dat zich een bijzondere situatie voordeed die de - krachtens het "Referentiekader noodtoestanden bij patiënten in psychiatrische ziekenhuizen" (...) ongewenst geoordeelde - combinatie van separatie en fixatie in dit geval rechtvaardigde. Het is het Centraal College overigens opgevallen dat bedoeld referentiekader enerzijds spreekt van het ongewenst zijn van de combinatie separeren en fixeren en anderzijds vermeldt dat fixatie niet in aanwezigheid van medepatiënten behoort te geschieden.

Dat het toezicht zich enkel zou hebben beperkt tot cameratoezicht wordt op geen enkele wijze door klagers onderbouwd en spoort niet met hetgeen dienaangaande bij gelegenheid van het calamiteitenonderzoek door de verpleger D. is verklaard.”

12. Bij brief van 13 augustus 2001 deelde verzoeker onder meer het volgende mee aan de minister van VWS:

“Inmiddels doet zich (...) het feit voor, dat dit inspectieoptreden - zoals helaas te verwachten was - onderwerp van openbare discussie is geworden binnen de medische beroepskring. In Medisch Contact (...) zetten de heren (...) uiterst kritische kanttekeningen bij het inspectieoptreden. Ook in BOPZ Jurisprudentie (...) zet (...) fundamentele vraagtekens bij het besluit van de inspectie om individuele beroepsbeoefenaren middels het toepassen van het Tuchtrecht verantwoordelijk te stellen voor dit tragische incident. Juist vanwege het ontbreken van algemeen aanvaarde richtlijnen acht hij dit in strijd met de manier, waarop de Kwaliteitswet Zorginstellingen dient te worden toegepast door de inspectie.

Binnen de beroepsgroep worden nu dus openlijk negatieve standpunten over het optreden van de beide inspecteurs en voor de gevolgen daarvan voor de beroepsbeoefenaren ingenomen.

Hierdoor wordt ook een standpunt van de Raad van Bestuur van Parnassia gevraagd vanuit het oogpunt, hoe wij de belangen van onze medewerkers en een rechtspositioneel veilige werkomgeving beschermen tegen dit soort acties. (...)

Ons standpunt over het optreden van inspecteur 2 en inspecteur 1 in hun inspectiehoedanigheid is zeer kritisch (...).

Gezien het bovenstaande komen wij thans in de positie, dat wij dit standpunt ook tegenover de beroepsgroep, dus in het openbaar, kenbaar moeten gaan maken.

Wij vinden het in het belang van een goede relatie met het Ministerie, dat wij u thans van deze ontwikkeling op de hoogte stellen. Hieraan verbinden wij het verzoek aan u om te bevorderen, dat in de toekomst door de inspectie ook zorgvuldig de legitieme belangen van de hulpverleners in de gezondheidszorg worden afgewogen bij de stappen, die zij onderneemt. Het is immers niet wenselijk, dat de hoge emotionele belasting, waaronder zij hun werk moeten verrichten zinloos wordt opgeschroefd en dat onnodig hoge kosten worden gemaakt voor verweer.

De uitspraken van de beide Tuchtcolleges leggen de verantwoordelijkheid voor de gang van zaken bij de inspectie, i.c. uw Ministerie. Op grond hiervan verzoeken wij u de kosten, die voor het verweer van onze medewerkers zijn gemaakt te vergoeden. Deze kosten bedragen f 72.808,-.”

13. Bij brief van 14 november 2001 reageerde de minister van VWS onder meer als volgt op verzoekers brief van 13 augustus 2001:

“Aangezien het de eigen bevoegdheid van de inspecteurs is om tuchtklachten in te dienen teneinde het handelen of nalaten van handelen van beroepsbeoefenaren te doen toetsen door het Tuchtcollege én de Inspectie in een grote mate van onafhankelijkheid moet functioneren, treed ik niet in deze bevoegdheid.

Negatieve reacties van de zijde van uw medewerkers en de beroepsgroep op het besluit om de casus voor te leggen aan de tuchtrechter betreur ik maar zijn - gelet op het karakter van een tuchtzaak - niet altijd uit te sluiten. De Inspectie neemt het risico op eventuele nadelige aspecten van een tuchtzaak mee in haar overwegingen bij de voorbereiding van het besluit om een tuchtklacht in te dienen maar een eventueel nadelig effect op de relatie zal niet bepalend zijn voor het besluit. Belangrijker zijn het algemeen belang van een tuchtspraak respectievelijk een corrigerende maatregel. In essentie gaat het immers om het vertrouwen van de burger in de kwaliteit van de zorg. Het is mij bekend dat de Inspectie ook in deze casus niet over één nacht ijs gegaan is. Zowel het besluit om een tuchtklacht in te dienen als het besluit om in hoger beroep te gaan, is door beide inspecteurs vooraf uitvoerig met zowel de leiding als collega-inspecteurs en juristen besproken.

(...)

Inmiddels moet vastgesteld worden dat aan de fixatieproblematiek feitelijk reeds eerder meer aandacht gegeven had moeten worden. Mede door de ruchtbaarheid die aan deze tuchtklacht is gegeven, krijgt de fixatieproblematiek nu in veel instellingen en van veel beroepsbeoefenaren de aandacht die het verdient.

Wat betreft uw verzoek om de gemaakte kosten door uw medewerkers in verband met deze procedure te vergoeden wijs ik erop dat in het tuchtrecht zowel de klager als de aangeklaagde een beroep kunnen doen op juridische bijstand of vertegenwoordiging door een gemachtigde. Dit is echter geen plicht. Externe toetsing inclusief tuchtzaken, civiele procedures e.d. behoren tot het risico van elke praktijkvoering. Hoewel ik het waardeer dat u de kosten van rechtsbijstand van uw medewerkers voor uw rekening meent te moeten nemen, hebben de meeste artsen een rechtsbijstandsverzekering en is deze vorm van rechtsbijstand gratis gekoppeld aan het lidmaatschap van de LAD zodat het inhuren van rechtsbijstand door de werkgever in de regel niet noodzakelijk is. Op grond van bovenstaande zie ik geen redenen om in te gaan op uw verzoek om de kosten van rechtsbijstand te vergoeden.”

B. Standpunt verzoeker

Verzoekers standpunt staat samengevat weergegeven onder Klacht. Het verzoekschrift houdt verder onder meer nog het volgende in:

“Bij het optreden van de inspectie maken wij de volgende opmerkingen.

1. In april 1997 waren nergens in Nederland protocollen voor fixatie beschikbaar. Dit blijkt uit:

- een in augustus 1997 door de inspectie regio zuidwest gepubliceerd onderzoek naar het middelen en maatregelenbeleid in Zuid-Holland en Zeeland(...):

- het feit dat de door Parnassia opgestelde protocollen (april 1998) als voorbeeld zijn opgenomen in het vademecum wetgeving van GGZ Nederland(...)

- in januari 2002 publiceert de inspectie het rapport "Risico's bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg". In de aanbiedingsbrief (...) aan de minister van VWS schrijft de inspecteur-generaal: "...dat deze problematiek..... de afgelopen jaren naar aanleiding van een tuchtzaak ruime aandacht heeft gekregen in de geestelijke gezondheidszorg".

2. In september 1997 meldt de inspectie aan de stichting R. (thans onderdeel van Parnassia) dat sinds 1 januari 1996 8 patiënten zijn overleden als gevolg van onjuiste toepassing van fixatiemateriaal en/of onvoldoende toezicht tijdens de toepassing (...)

3. De inspectie reageerde met twee rechtsmiddelen door de raad van bestuur te dreigen met een bestuurlijke aanwijzing en Y (lid van die raad van bestuur) tuchtrechtelijk aan te pakken.

4. Nadat de protocollen waren opgesteld miste het hoger beroep feitelijke grondslag.

5. Het maken van protocollen geschiedt niet met een druk op de knop en is niet aan een persoon op te dragen; bovendien is de wettelijke basis voor het verplicht opstellen van protocollen smal. De inspectie wekt de indruk het ontstaan van protocollen te willen afdwingen en heeft onvoldoende oog gehad voor de eigen verplichtingen daarbij: nimmer heeft de inspectie zich over het fixeren gewend tot de beroepsgroep of koepelorganisaties (...).

6. De inspectie is als beste geïnformeerd over incidenten. Het betreuenswaardig incident is ogenschijnlijk willekeurig aangegrepen om met maatregelen breed uit te pakken.

7. In commentaar (...) is zeer kritisch gereageerd op het optreden van de inspectie. Dit commentaar wordt door ons onderschreven.

8. Door het starten van een tuchtzaak en zeker door het instellen van het hoger beroep heeft de inspectie de werkrelatie met Parnassia onnodig onder druk gezet. De tuchtzaak

heeft, anders dan de heer L. stelt, meer dan drie jaar en in brede kring daarbuiten niet ook een positieve rol gespeeld; veeleer heeft deze tuchtzaak in brede kring het vertrouwen in de inspectie ondermijnd.

De inspectie heeft wettelijk de bevoegdheid een tuchtzaak te starten. Omdat een tuchtzaak voor de betrokkenen emotioneel belastend is en bovendien kosten met zich meebrengt (in ons geval bedragen de kosten van rechtsbijstand f. 72.808,- -euro 33.038,83-) dient goed te worden overwogen of andere (rechts)middelen de voorkeur hebben. In alle gevallen echter dienen de beginselen van behoorlijk bestuur gerespecteerd te worden.”

C. Standpunt minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bij brief van 23 juli 2002 reageerde de minister van VWS onder meer als volgt op de klacht:

"Uiteraard heeft de IGZ alvorens deze procedures te starten een belangenafweging gemaakt. Dit doet de IGZ volgens de vastgestelde Leidraad Onderzoek door de IGZ naar aanleiding van meldingen (...) (zie achtergrond, onder 1.; N.o.). In artikel 16 staat vermeld dat de IGZ zich wendt tot het Medisch Tuchtcollege, indien:

- a) het gaat om een uit feiten en omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat één van de in de Medische Tuchtwet omschreven tuchtnormen is overtreden door een beroepsbeoefenaar die aan bedoelde tuchtrechtspraak is onderworpen, én
- b) het algemeen belang - en derhalve niet het particulier belang van de rechtstreeks belanghebbende - bij de zaak in overwegende mate betrokken is.

Met name de volgende aspecten zijn van belang:

- de ernst van de melding;
- recidive van de zijde van de beroepsbeoefenaar;
- de behoefte om door het uitlokken van een tuchtrechtelijke uitspraak duidelijkheid te verkrijgen ten aanzien van hetgeen geldend recht moet worden geacht met betrekking tot een aspect van de beroepsbeoefening.

Aan deze normen zijn de voornoemde gronden voor aanvang van de tuchtprocedure derhalve getoetst.

De IGZ heeft inderdaad in de jaren voorafgaand aan de calamiteit meerdere malen het onderwerp van gebruik van Middelen en Maatregelen, waaronder fixatie, bij instanties en in publicaties aan de orde gesteld naar aanleiding van meldingen bij de IGZ (...). De IGZ heeft echter tot taak het houden van toezicht en kan niet zelfstandig overgaan tot het nemen van maatregelen, in casu het maken van een protocol. Zij heeft er bij de

betreffende instellingen en beroepsbeoefenaren derhalve op aangedrongen zo spoedig mogelijk een dergelijk protocol op te stellen en daarnaast voorlichting te geven over de risico's van het gebruik van fixatiemateriaal. (...)

De IGZ heeft de procedure gestart om een tuchtrechtelijk oordeel te verkrijgen over het handelen van artsen ten aanzien van:

- de rechtspositie van de vrijwillig opgenomen patiënt bij wie tegen de zin fixatie wordt toegepast;
- de eigen verantwoordelijkheid van de psychiater in zijn rol van supervisor van arts-assistenten en als eindverantwoordelijke voor de beslissing om tot fixatie over te gaan zonder zich te vergewissen van het feit of zijn verpleegkundigen hiertoe bekwaam waren;
- de specifieke eindverantwoordelijkheid in deze casus van de directeur patiëntenzorg, in casu geneesheer-directeur in de zin van de Wet BOPZ.

De IGZ meende dat deze zaak daartoe zeer geschikte feitelijke omstandigheden bevatte. Het Regionaal Medisch Tuchtcollege is echter niet tot beoordeling hiervan gekomen, nu zij op grond van de mening van de heer T. reeds van mening was dat nu ten tijde van de calamiteit binnen de beroepsgroep geen algemeen aanvaarde richtlijnen bestonden voor toepassing van fixatiemateriaal, de arts niet kan worden verweten dat hij in zijn instelling niet heeft zorggedragen voor de ontwikkeling en implementatie van dergelijke regels. Het College ging daarmee volgens de IGZ voorbij aan de beantwoording van de klachten zoals verwoord door IGZ in haar repliek en pleitnota. Om hierboven vermelde redenen was de IGZ het daarmee niet eens en meende zij goede grond te hebben het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te mogen vragen alsnog alle in eerste aanleg geformuleerde vragen te beantwoorden. Zeker nu de uitspraak van het Regionaal Medisch Tuchtcollege voornamelijk was gebaseerd op de uitspraken van de heer T. en deze in algemene zin sprak en niet inging op de feiten van deze casus.

Nu de onderhavige kwestie niet uitsluitend ging om het maken van protocollen, maar met name om de bovengenoemde gronden, was het gereed komen van de protocollen geen reden van beroep af te zien. Uiteraard is dit wel bij de afweging aan de orde geweest, echter de in de opvatting van de IGZ onjuiste belangenafweging van het Regionaal Medisch Tuchtcollege, dat wil zeggen het volgen van het rapport van de heer T., en de wenselijkheid van een uitspraak over de eindverantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur in dezen heeft de doorslag gegeven om beroep aan te tekenen. De overige kwesties speelden voornamelijk in de procedure tegen de heer X.

Alvorens beroep aan te tekenen hebben beide behandelend inspecteurs intern (in het functioneel inspecteursoverleg en met de hoofdinspecteur) de kwestie besproken. Vervolgens is het dossier besproken met de juristen van de IGZ en de Landsadvocaat.

Deze laatste heeft de zaak beoordeeld op mogelijke haalbaarheid in beroep. Eerst na die beoordeling is de IGZ overgegaan tot het instellen van beroep.

(...)

De IGZ meende (...) dat de arts in de functie van geneesheer-directeur in het kader van de Wet BOPZ een eigen verantwoordelijkheid heeft en derhalve de tuchtrechter een oordeel omtrent de verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur diende te worden gevraagd.

Op grond van het bovenstaande ben ik van mening dat niet kan worden geconcludeerd dat de IGZ te lichtvaardig of op onjuiste gronden een tuchtklacht heeft ingediend tegen de beide beroepsbeoefenaren in dienst van Parnassia dan wel diens rechtsvoorganger. Evenmin kan naar mijn mening worden geconcludeerd dat de IGZ zou hebben gehandeld in strijd met de beginselen van behoorlijk bestuur. Ik acht de klacht voor wat betreft het handelen van de IGZ dan ook ongegrond.

Onderdeel 2: het niet treden in de bevoegdheden van de IGZ

In mijn brief van 14 november 2001 heb ik verzoeker meegedeeld dat het de eigen bevoegdheid is van de IGZ om tuchtklachten in te dienen om het handelen of nalaten van beroepsbeoefenaren te doen toetsen door het Tuchtcollege. Tezamen met het feit dat de IGZ in een grote mate van onafhankelijkheid moet kunnen functioneren, heeft dit ertoe geleid dat ik niet ben getreden in de bevoegdheid van IGZ. In het onderstaande zal ik mijn opvatting verduidelijken.

In de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (verder: Wet BIG) is de bevoegdheid tot het aanhangig maken van een tuchtzaak bij het regionale tuchtcollege door de wetgever geattribueerd aan de hoofdinspecteur en de regionale inspecteurs van de IGZ (artikel 65, eerste lid onder d, Wet BIG). Ook de bevoegdheid tot het instellen van beroep tegen een eindbeslissing van het regionale tuchtcollege is in de Wet BIG door de wetgever geattribueerd aan voornoemde inspecteurs (artikel 73, eerste lid, onder c, Wet BIG). In de Wet BOPZ is aan de IGZ eveneens een eigen taak geattribueerd. Artikel 63 van de Wet BOPZ bepaalt dat de hoofdinspecteur en de inspecteurs tot taak hebben te waken voor de op het terrein van de volksgezondheid betrekking hebbende belangen van alle personen wier geestvermogens zijn gestoord.

Aangezien de wetgever er krachtens voornoemde bepalingen uitdrukkelijk voor heeft gekozen om rechtstreeks eigen bevoegdheden en taken toe te kennen aan de IGZ, die de IGZ zonder tussenkomst van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport kan uitoefenen, ben ik van oordeel dat ik niet in deze zelfstandige bevoegdheid van de IGZ dien te treden. De IGZ heeft in het onderhavige geval, gelet op de feiten en haar wettelijke taken, geoordeeld dat er voldoende grond bestond om het handelen van beide artsen aan tuchtrechtelijke toetsing te onderwerpen. Het is niet aan de minister om zich in een

dergelijk geval in de taakuitoefening van de IGZ te mengen; voor ingrijpen door middel van het geven van een aanwijzing is slechts plaats in zeer bijzondere omstandigheden. Het feit dat het Regionaal Tuchtcollege en het Centraal Tuchtcollege de tuchtklacht tegen beide artsen uiteindelijk hebben afgewezen, doet hier niet aan af. De klacht van verzoeker acht ik op dit onderdeel dan ook ongegrond.

Onderdeel 3: het afwijzen van vergoeding van de gemaakte kosten

In mijn brief van 14 november 2001 naar aanleiding van onder andere het verzoek van Parnassia om vergoeding van de door Parnassia betaalde kosten van rechtsbijstand heb ik ook aangegeven dat in het tuchtrecht juridische bijstand of vertegenwoordiging niet verplicht is en dat de meeste artsen een rechtsbijstandverzekering hebben en dat het inhuren van rechtsbijstand door de werkgever niet noodzakelijk is. Daarnaast ben ik van mening dat, zoals ik hierboven reeds heb aangegeven, IGZ weloverwogen en gefundeerd een tuchtklacht heeft ingediend tegen beide beroepsbeoefenaren. IGZ heeft naar mijn mening dan ook niet onrechtmatig gehandeld. Dat het beroep van IGZ tegen de afwijzing van de klacht verworpen is, doet mijns inziens aan het voorgaande niet af.

Gelet op het vorenstaande acht ik de klacht van verzoeker op alle onderdelen ongegrond.”

D. Reactie verzoeker

Verzoeker deelde bij brief van 19 september 2002 in reactie op de hiervóór onder **C**. weergegeven brief van de minister van VWS onder meer het volgende mee:

“ De inspectie kan een tuchtzaak beginnen als er een redelijk vermoeden bestaat dat een tuchtnorm is overschreden en het algemeen belang in het geding is.

Naar ons oordeel heeft de inspectie in deze casus een disproportioneel gebruik van deze bevoegdheid gemaakt:

-in het verweerschrift wordt niet aannemelijk gemaakt dat het ontbreken van protocollen te bezien is als het overtreden van een tuchtnorm. Hierbij speelt de vraag hoe een tuchtnorm tot stand komt. Naar ons oordeel stelt de inspectie een door de inspectie gewenste praktijkvoering volkomen ten onrechte gelijk aan een tuchtnorm;

-de tuchtzaak is rauwelijks gestart, zonder vooraf een deskundige te raadplegen;

-lopende de tuchtzaak en zeker bij het hoger beroep is de inspectie een onevenredig groot belang gaan hechten aan de juridische aspecten; daarbij is naar ons oordeel uit het oog verloren dat deze op zich interessante vragen pas bij een overschrijding van een tuchtnorm door de tuchtrechter beantwoord kunnen worden;

-er blijkt niet dat de inspectie heeft overwogen welke schadelijke effecten deze tuchtzaak voor de betrokken beroepsbeoefenaren en de verhouding met het veld kon hebben;

(...) de inspectie wil de tuchtrechtelijke relevantie van verantwoordelijken aantonen, terwijl het niet in de eerste plaats te doen is om het opleggen van een (zware) maatregel. Dat is ver verwijderd van het verwijt "dood door schuld".

Als het de Inspectie niet te doen is om een tuchtmaatregel is de meest veilige weg: geen tuchtzaak beginnen;

(...)

Uit het interactieoverzicht blijkt ook dat er vele contacten met de inspectie zijn. Er bestond een goede werkrelatie en althans tot de mondelinge aankondiging van de tuchtprocedure in september 1997 heeft de Inspectie nimmer blij gegeven van enig ongenoegen over die interactie.

(...)

Kennelijk kan wel in (niet nader genoemde) bijzondere omstandigheden door middel van het geven van een aanwijzing worden ingegrepen. Daarbij zal getoetst moeten worden of op een verantwoorde wijze van die zelfstandige bevoegdheid gebruik gemaakt wordt. Op vele manieren probeert de inspectie aan te tonen dat deze casus een bijzonder geval was. Gezien de scherpe wijze waarop het Centraal College de klacht heeft afgewezen is het onzes inziens onjuist dat de minister heeft volstaan met het herhalen van de visie van de inspectie zonder een eigen oordeel te geven.

Onderdeel 3

Gesteld wordt dat in het tuchtrecht juridische bijstand of vertegenwoordiging niet verplicht is. Dat de meeste artsen -desalniettemin- een rechtsbijstandsverzekering hebben en dat de werkgever niet verplicht is rechtsbijstand te betalen.

Reactie:

In deze zaak, waarbij door een formeel overheidsorgaan beroepsbeoefenaren individueel ernstige nalatigheid en dood door schuld ten laste wordt gelegd, is het - eens te meer door de Inspectie - een miskennis van het individuele belang van die beroepsbeoefenaren, om dit formele argument te gebruiken om de noodzaak en/of legitimiteit van het zich verzekeren van deskundige rechtsbijstand aan te tasten. Dit argument is naar onze mening des te meer af te wijzen op grond van het feit, dat de inspectie zichzelf bij het hoger beroep wel meende te moeten verzekeren van deskundige juridische bijstand door één van de Landsadvocaten. Vanuit het principe dat "de veroorzaker betaalt" behoort de wijze waarop de juridische bijstand anderszins gefinancierd kan worden geen rol te spelen. Ook indien

sprake zou zijn van ondersteuning door een verzekering of een lidmaatschap - hetgeen niet op voorhand door de inspectie, cq. de overheid mag worden aangenomen -, is dit geen argument om vergoeding van de gemaakte kosten af te wijzen: ongetwijfeld zou in dat geval de verzekeraar regres hebben genomen op de kostenveroorzaker. Het argument, dat de instelling niet verplicht is om ondersteuning te bieden gaat niet op, gezien de CAO-bepalingen op dit gebied.”

E. Reactie minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bij brief van 23 december 2002 deelde de minister van VWS onder meer het volgende mee:

“1. De zeer ongebruikelijke wijze van fixeren

De maatregel 'fixatie' als zodanig is vermeld in de Nota van Toelichting op het Besluit van 3 november 1993, Staatsblad 1993, 553 en is reeds decennia lang een veel gebruikte methode voor de afwending van gevaar in de geestelijke gezondheidszorg en in aanpalende voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg. De zorgvuldige uitvoering van fixatie vereist een minimum aan bewegingsvrijheid voor de betrokken patiënt. Een goede beschrijving van de gebruikelijke gang van zaken is terug te vinden in de verklaring van de getuige-deskundige van het tuchtcollege in eerste aanleg, prof. dr. T. Ook in de literatuur wordt aangegeven wat wel en niet aangewezen is (...). De wijze waarop de fixatie in de onderhavige casus is uitgevoerd moet worden gekwalificeerd als een "zeer ongebruikelijke wijze van fixeren" omdat zij gepaard ging met zodanig veel bewegingsruimte dat de betrokken patiënt zich naast het bed kon laten zakken. Een dergelijke wijze van toepassing van fixatie wordt door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: IGZ) in de andere GGZ-voorzieningen en de aanpalende voorzieningen op het terrein van de gehandicaptenzorg en de verpleeghuiszorg niet aangetroffen. De dood was het directe gevolg van deze wijze van fixeren.

2. De zeer geschikte feitelijke omstandigheden van de casus

De casus bevatte naar het oordeel van de IGZ "zeer geschikte feitelijke omstandigheden" om een uitspraak van het tuchtcollege te verzoeken. De casus voldeed aan verscheidene criteria die genoemd zijn in de Leidraad. Dit is reeds in mijn schrijven van 23 juli 2002 uitvoerig aan de orde gekomen. Bij de besluitvorming hebben daarbij ook de navolgende aspecten meegespeeld:

a. De vrijwillig opgenomen patiënt in deze casus verzette zich tegen de fixatie en werd desondanks gefixeerd zonder dat gelijktijdig een procedure voor een gedwongen opname werd gestart. De Wet BOPZ (lex specialis) beschermt de psychiatrische patiënt tegen de toepassing van dwang tenzij sprake is van een gedwongen opname en gevaar voortvloeiend uit de geestesstoornis dat niet op andere wijze is af te wenden (artikel 38 en

39 Wet BOPZ). De opvatting dat de toepassing van dwang bij een reeds vrijwillig opgenomen patiënt op basis van de WGBO mogelijk is, wordt op basis van de toelichting bij en de wetsgeschiedenis van de Wet BOPZ door de IGZ bestreden en biedt de patiënt de wettelijk geregelde rechtsbescherming op onvoldoende wijze (...).

b. Los van de vraag of de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen plaatsvindt met of zonder instemming van de patiënt, kan gesteld worden

- dat deze interventie in alle gevallen van gelijk kwaliteitsniveau dient te zijn:

zowel indicatiestelling als uitvoering dienen deskundig en zorgvuldig plaats te vinden, en

- dat beroepsbeoefenaren zich in alle gevallen bewust dienen te zijn van de risico's: beroepsbeoefenaar dient conform de uitgangspunten van de Wet BIG zowel bevoegd als bekwaam te zijn.

In deze casus was het kennis- en vaardigheidsniveau van alle betrokken beroepsbeoefenaren onvoldoende, zoals in de rapportage van het onderzoek is vastgesteld (...).

c. De psychiater heeft als eindverantwoordelijke behandelaar van de betrokken afdeling en als achterwacht van de arts-assistent tijdens de Paasdagen nagelaten om zich van de omstandigheden zelf op de hoogte te stellen en hij heeft nagelaten om de betrokken arts-assistent zodanig te coachen dat deze zowel de besluitvorming als de uitvoering en de dossiervoering voldoende zorgvuldig deed plaatsvinden. Naar het oordeel van de IGZ was een actievere rol aangewezen (...).

d. Het is niet zo dat de geneesheer-directeur pas werd geïnformeerd nadat de calamiteit had plaatsgevonden door de eindverantwoordelijke behandelaar, maar hij was door de betrokken psychiater in consult geroepen en had zodoende de patiënt voorafgaande aan de calamiteit in gefixeerde toestand zelf gezien en beoordeeld. Dit leidde niet tot wijziging van het beleid inzake de rechtspositie en de wijze van toepassing van fixatie.

e. De taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de geneesheer-directeur zijn expliciet geregeld in de Wet BOPZ. Deze zijn persoonsgebonden en vormen geen onderdeel van de collectieve verantwoordelijkheid van de raad van bestuur van de instelling. Een actieve opstelling van de geneesheer-directeur ten aanzien van de bewaking van de rechtspositie van de patiënt, de protocollering van risicovolle interventies en het kennis- en vaardigheidsniveau van de medewerkers mag worden verondersteld.

3. De moverende redenen om niet tot intrekking te besluiten

De IGZ heeft na de uitspraak van het tuchtcollege in eerste aanleg uitvoerig en zorgvuldig overwogen of het aangewezen was om in hoger beroep te gaan (...). De redenen om in

hoger beroep te gaan kunnen als volgt worden samengevat:

a. De IGZ is van oordeel dat het tuchtcollege in eerste aanleg is tekortgeschoten in de beoordeling van de zaak, door de getuige-deskundige - in strijd met de handelwijze die de IGZ in andere casuïstiek bekend is - niet op te roepen ter zitting terwijl de getuige-deskundige niet expliciet was ingegaan op de casus en zich beperkte tot een algemene beschouwing over fixeren. Zijn komst mocht verwacht worden op basis van de gebruikelijke gang van zaken. Daarbij had de IGZ een schrijven ontvangen van de voorzitter van het College waarbij de zitting werd uitgesteld en waarin expliciet is opgenomen dat de getuige-deskundige aanwezig zou zijn (...).

b. Het tuchtcollege in eerste aanleg bestond louter uit leden die geen ervaring hebben met de uitvoering van de Wet BOPZ. Met name ontbrak een psychiater in het college hetgeen aanvankelijk (december 1998) voor het college nog een reden vormde om de behandeling van de tuchtzaak uit te stellen. Het ontbreken van een psychiater in het college mocht worden opgevat als zeer uitzonderlijk. Eerdere klachten over het ontbreken van ter zake deskundige medisch specialisten in het college hebben geleid tot de algemene beleidslijn dat in alle gevallen minimaal een lid van het college uit de eigen beroepsgroep afkomstig is.

c. Het tuchtcollege in eerste aanleg ging in haar uitspraak voorbij aan een aantal principiële kwesties die in de casus aan de orde waren, zoals de rechtspositie van de patiënt, de eigen verantwoordelijkheid van de afdelingspsychiater en de verantwoordelijkheid van de geneesheer-directeur conform de Wet BOPZ.

d. De feiten zoals die zich hadden voorgedaan waren naar het oordeel van de IGZ buitengewoon ernstig, vermijdbaar en verwijtbaar. Het tuchtcollege oordeelde in eerste aanleg ten faveure van verweerders. De burger vraagt om een gezondheidszorg waarin de kans op schade zo klein mogelijk is en waarbinnen het handelen van beroepsbeoefenaren kwalitatief van verantwoord niveau en voldoende gewaarborgd moet zijn. Naar het oordeel van de IGZ was de bescherming van deze belangen van de burger van groot gewicht.

e. Het feit dat een arts nadat een calamiteit heeft plaatsgevonden en onder druk van de omgeving besluit om passende maatregelen te nemen ter voorkoming van herhaling, is een gewenste gang van zaken maar niet per definitie een reden om van een tuchtzaak (in hoger beroep) af te zien. De beslissing om een tuchtzaak aan te spannen wordt namelijk niet alleen bepaald door de kans op recidive maar ook door de ernst van de feiten en het algemeen belang (...).

f. Het algemeen belang vereist duidelijkheid over de principiële aspecten die in deze casus aan de orde gesteld werden. Het moet worden betreurd dat de uitspraken van beide tuchtcolleges die duidelijkheid niet gebracht hebben hoewel in andere zaken het tuchtcollege wel is overgegaan tot het geven van een nadere invulling van de normen.

Ad. Onderdeel 2

Zeer bijzondere omstandigheden

U heeft mij gevraagd wanneer er sprake is van zeer bijzondere omstandigheden die een aanwijzing mijnerzijds rechtvaardigen. Ik kan deze zeer bijzondere omstandigheden aan de hand van slechts één voorbeeld verduidelijken, omdat het geven van een aanwijzing aan de Inspectie slechts éénmaal is voorgekomen in de ruim 150 jaar dat het Staatstoezicht op de Volksgezondheid bestaat. Dit voorbeeld dateert uit 1974, toen op grond van een aanwijzing de zwakzinnigeninrichting D. te (...) werd ontruimd. Het feit dat er in deze zeer lange periode slechts éénmaal een aanwijzing is gegeven, onderstreept mijns inziens hoe bijzonder dit ingrijpen door de minister is, en ook dient te blijven. (...)

Mede naar aanleiding van hetgeen verzoeker in zijn brief aan u d.d. 19 september 2002 heeft geschreven, deel ik u voorts het volgende mede over het optreden van de IGZ in deze zaak.

(...)

De IGZ is een toezichthouder. Haar taken zijn vastgelegd in verschillende wetten op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg. Toezicht vindt zodoende primair plaats op basis van wettelijke regelingen, die soms nader zijn ingevuld. Deze nadere invulling kan onder meer worden gegeven in algemeen aanvaarde beroepsnormen of in de jurisprudentie. Aan dit normencomplex wordt het handelen van beroepsbeoefenaren getoetst. De bewering van de heer Pa. (woordvoerder verzoeker; N.o.) dat de IGZ geheel eigenstandig tuchtnormen ontwerpt en oplegt is volstrekt onjuist. De IGZ maakt een gedegen afweging van belangen alvorens zij een tuchtprocedure aanvangt. Zoals in het eerder verweer reeds uitvoerig naar voren is gekomen worden in die afweging alle belangen betrokken. De IGZ is dan ook weloverwogen tot haar oordeel gekomen (zie ook mijn schrijven van 23 juli 2002) en van schade in de relatie tot het veld is de IGZ en mij niet gebleken. Het belang van de IGZ bij deze tuchtprocedure was onder meer een nadere invulling van het bestaande normencomplex ten aanzien van de verantwoordelijkheden van de geneesheer-directeur.

De aard en ernst van de feiten nopen naar het oordeel van de IGZ tot respect voor de belangen en de rechtspositie van de burger die - ongevraagd - gebruik moet maken van de diensten van de instelling. Het leidende beginsel hierbij dient te zijn dat deze burger op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet BOPZ kwalitatief verantwoorde zorg mag verlangen, hetgeen naar het oordeel van de IGZ in deze casus niet geleverd is.

De IGZ is van mening, en met haar enkele voorzitters van de regionale tuchtcolleges, dat het mogelijk zou moeten zijn om een klacht gegrond te verklaren zonder oplegging van een maatregel. Hiermee kan een nadere invulling van het normencomplex worden bereikt

zonder oplegging van enige straf aan de beroepsbeoefenaar aan wie wellicht niet kan worden verweten dat het normencomplex nog niet was ingevuld. Deze optie is niet uitzonderlijk. In het strafrecht is deze optie reeds langer gebruikelijk. Enkele keren zijn regionale tuchtcolleges reeds overgegaan tot gegrondverklaring van de klacht zonder strafoplegging.

Gelet op het vorenstaande blijf ik bij mijn standpunt dat de klacht van verzoeker ongegrond is.”

F. Nadere reactie verzoeker

Verzoeker liet bij brief van 10 februari 2003 onder meer het volgende weten:

“1. De zeer ongebruikelijke wijze van fixeren

De minister verwijst naar een goede beschrijving van de gebruikelijke gang van zaken in het rapport van de getuige-deskundige Prof. Dr. T. Deze beschrijving geeft echter juist aan dat de gebruikelijke gang van zaken niet duidelijk is.

2. De zeer geschikte feitelijke omstandigheden van de casus

In de brief wordt een aantal aspecten opgesomd die vooral te maken hebben met het algemeen belang. Deze zijn ver verwijderd van wat de Inspectie in de klacht in eerste aanleg zelf omschrijft als de kern van de klacht. Er wordt opnieuw in het geheel niet ingegaan op artikel 16a van de leidraad dat er een redelijk vermoeden op het overschrijden van een tuchtnorm moet bestaan.

Overigens is de problematiek wel aan de geneesheer-directeur voorgelegd maar heeft hij patiënte niet voor de calamiteit zelf gezien.

Dat de geneesheer-directeur, tevens lid van de Raad van Bestuur ook eigen verantwoordelijkheden heeft is nog geen rechtvaardiging voor één instantie (de Inspectie) om deze persoon langs twee wegen (dreigen met aanwijzing en tuchtrechtelijk) aan te spreken.

3. De moverende redenen om niet tot intrekking te besluiten

Door de uitspraak in eerste aanleg kon de Inspectie zich niet gesterkt voelen in het vermoeden op het overschrijden van een tuchtnorm op 2 april 1997.

Volgens de pleitnota punt 5 van de Inspectie bij het hoger beroep... is de meest cruciale vraag hoe tegen de verhouding tussen de verantwoordelijkheden (van verpleegkundige, arts-assistent, psychiater en geneesheer-directeur) moet worden aangekeken. Dit betreft dan niet alleen het hoger beroep maar ook de klacht in eerste aanleg...

Door deze beschrijving is duidelijk aangegeven dat de inspectie lopende de zaak de klacht heeft uitgebreid met juridische aspecten. Tijdens het hoger beroep is de Inspectie vooral ingegaan op allerlei juridische aspecten en eigen opvattingen en er is kennelijk geen deskundige gevonden die de opvattingen van de Inspectie kon ondersteunen.

(...)

Het feit dat fixeren landelijk niet goed was geregeld heeft echter wel degelijk ook betekenis voor de specifieke casus.

(...)

Ad onderdeel 2

Zeer bijzondere omstandigheden

Indien gesteld wordt dat de Inspectie een wettelijke bevoegdheid heeft om een tuchtzaak aanhangig te maken dient ook wettelijk geregeld te zijn hoe het gebruik maken van deze bevoegdheid getoetst kan worden, te meer daar de Inspectie, vergeleken met de officier van justitie, niet over een duidelijk equivalent van het wetboek van strafrecht beschikt.

Hoewel het voorstelbaar is dat de minister niet wil treden in de (wettelijk toegekende) discretionaire bevoegdheid van de inspecteur inzake het indienen van een tuchtklacht heeft de Minister op grond van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur de taak de zorgvuldigheid van procedures/beslissingen te bewaken, temeer als uit de stukken blijkt dat de IGZ in haar beoordeling van de gang van zaken van het tuchtcollege in eerste aanleg op de stoel van het tuchtcollege is gaan zitten. (...)

Juist waar de inspecteur twee bevoegdheden heeft, namelijk als klager (zonder direct belanghebbende te zijn) en als onderzoeker (in het kader van de toezichthoudende taak) is mijns inziens een meer dan marginale toetsing aangewezen in het kader van de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, in het bijzonder het proportionaliteitsbeginsel (...), het subsidiariteitsbeginsel en détournement de pouvoir.”

G. Nadere reactie minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bij brief van 15 mei 2003 deelde de minister van VWS onder meer nog het volgende mee:

“De Inspectie heeft geconstateerd dat sprake was van een wijze van fixeren die de Inspectie in andere instellingen nooit is tegengekomen en die - zoals uit het verloop van de casus ook blijkt - nadrukkelijk grote risico's op de gezondheidsschade oplevert (in dit geval leidend tot de dood). Het tuchtcollege heeft de tuchtklacht afgewezen voornamelijk door het ontbreken van vastgestelde veldnormen.

(...)

De Inspectie voor de Gezondheidszorg handelt primair vanuit het algemeen belang van patiënten en beoogt door haar optreden het risico op schade aan de gezondheid van patiënten te beperken. In een groot aantal gevallen kan worden volstaan met signalering en advisering maar in een beperkt aantal gevallen is correctie noodzakelijk.

(...)

Tuchtrecht en strafrecht zijn geen gelijken. De wettelijke grondslagen en de doelstellingen van deze procedures zijn volstrekt verschillend.

De Inspectie heeft de tuchtrechter gevraagd deze casus te toetsen met het doel in het algemeen belang te komen tot een nadere normering van de beroepsuitoefening en daarmee een bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Een ieder kan een dergelijke tuchtklacht indienen, derhalve ook de inspecteur. Daarbij geeft de Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen aan dat de Inspectie uitsluitend een tuchtklacht indient ingeval het algemeen belang dit vordert.”

H. nadere reactie verzoeker en minister van vws

Verzoeker en de minister van VWS hebben bij brieven van respectievelijk 1 juli 2003 en 8 augustus 2003 een nadere reactie gegeven. In deze reacties handhaafden zij hun eerder ingenomen standpunt en brachten zij geen relevante nieuwe gezichtspunten naar voren.

Achtergrond

1. Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen (Staatscourant 1996, nr. 236)

Per 1 december 1996 is de Leidraad klachtonderzoek uit 1988 vervangen door de "Leidraad Onderzoek door de Inspectie voor de Gezondheidszorg naar aanleiding van meldingen" (hierna: de Leidraad meldingen).

In haar voorwoord bij de publicatie van de nieuwe leidraad in de Staatscourant stelde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport onder meer het volgende:

"De taak van de Inspectie ligt in het toezicht houden op de naleving van wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid en het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg. Dat er met de totstandkoming van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (zie hiervoor onder 3.; N.o.) voor de Inspectie in beginsel geen taak meer is weggelegd als behandelaar van klachten, doet niet af aan het feit dat de Inspectie in veel gevallen ook door klachten van burgers op het spoor wordt gezet van mogelijke misstanden."

Artikel 16:

“De IGZ wendt zich tot het Medisch Tuchtcollege, indien:

a. het gaat om een uit feiten of omstandigheden voortvloeiend redelijk vermoeden dat één van de in de Medische Tuchtwet omschreven tuchtnormen is overtreden door een beroepsbeoefenaar die aan bedoelde tuchtrechtspraak is onderworpen, **èn**

b. het algemeen belang - en derhalve niet het particuliere belang van de rechtstreeks belanghebbende - bij de zaak in overwegende mate betrokken is.

Met name de volgende aspecten zijn van belang:

* de ernst van de melding;

* recidive van de zijde van de beroepsbeoefenaar;

* de behoefte om door het uitlokken van een tuchtrechtelijke uitspraak duidelijkheid te verkrijgen ten aanzien van hetgeen geldend recht moet worden geacht met betrekking tot een aspect van de beroepsuitoefening.”

2. Medische Tuchtwet (Wet van 2 juli 1928, houdende nadere voorschriften ten aanzien van de uitoefening der geneeskunst, vervallen per 1 december 1997)

Artikel 1, eerste lid:

“1. Een geneeskundige, die zich schuldig maakt aan handelingen, die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen, of aan nalatigheid, waardoor ernstige schade ontstaat voor een persoon, te wiens behoefte hem genees-, heel- of verloskundige raad of bijstand gevraagd wordt of aan wie hij die raad of bijstand verleent, of die in de uitoefening van de geneeskunst blijk geeft van grove onkunde, kan, onverminderd zijn aansprakelijkheid ingevolge andere wettelijke voorschriften, worden onderworpen aan een van de maatregelen, vermeld in artikel 5.”

Artikel 5, eerste lid:

“1. De maatregelen, bedoeld in de vorige artikelen, zijn:

1o. waarschuwing;

2o. berisping;

3o. oplegging van een geldboete van ten hoogste tien duizend gulden;

4o. schorsing in de uitoefening van de geneeskunst, onderscheidenlijk artsenijsbereidkunst, voor ten hoogste één jaar;

5o. ontzegging van de bevoegdheid, geneeskunst, onderscheidenlijk artsenijsbereidkunst, uit te oefenen.”

Artikel 10, eerste lid:

“1. Behoudens het bepaalde in het tweede lid van artikel 8 wordt een zaak in eerste aanleg aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van een, ter beoordeling van het College, waarvoor de zaak dient, rechtstreeks belanghebbende, van het bestuur van een lichaam, bij hetwelk de geneeskundige, de tandarts, de verloskundige of de apotheker in dienst of voor het verlenen van geneeskundige, tandheelkundige, verloskundige of artsenijsbereidkundige hulp ingeschreven is, of van een inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, wie de zaak uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.”

3. Reglement medisch tuchtrecht en oplossing van geschillen (Besluit van 31 oktober 1929, Stb. 1929, 474; laatstelijk gewijzigd op 23 december 1993, Stb. 1993, 693)

Artikel 43, eerste lid:

“De persoon, over wien geklaagd is, kan zich op de terechtzitting door een rechtsgeleerden raadsman doen bijstaan.(...)”

Artikel 69:

“1. Bij de uitspraak bepaalt het College, in hoeverre uit 's Rijks kas aan den klager of den persoon, over wien geklaagd is, de kosten, voor hen uit de behandeling van de zaak voortvloeiend, zullen worden vergoed.

2. Noodeloos gemaakte kosten worden in geen geval vergoed.

3. De vergoedingen worden door den voorzitter, nadat de uitspraak in kracht van gewijsde is gegaan, zoodra mogelijk, met inachtneming van het bij en krachtens de Wet tarieven in burgerlijke zaken bepaalde, vastgesteld.”

3. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)

Op grond van artikel 3 van de Wet BIG zijn er registers waarin degenen die aan de daarvoor bij en krachtens de Wet BIG gestelde voorwaarden voldoen, op hun aanvraag worden ingeschreven. Er zijn registers voor acht verschillende beroepsgroepen. De registers worden beheerd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De Wet BIG bevat onder meer een onderdeel "Tuchtrechtspraak" (Hoofdstuk VII), en een onderdeel "Strafbepalingen" (hoofdstuk X). Deze hoofdstukken bevatten bepalingen over het tuchtrecht voor beroepsbeoefenaren en strafbepalingen. De datum van inwerkingtreding van de desbetreffende hoofdstukken is 1 december 1997. Voor enkele beroepsgroepen, waaronder die van psychotherapeuten, is de mogelijkheid van inschrijving in het desbetreffende register op een later tijdstip geopend.

Op grond van de nieuwe regelgeving zijn degenen die staan ingeschreven in een van de hiervoor bedoelde registers, onderworpen aan tuchtrechtspraak. Niet onder de nieuwe tuchtregels vallen beroepsbeoefenaren die níet in het BIG-register staan ingeschreven.

In verband met deze nieuwe tuchtregels is de Medische Tuchtwet (Wet van 2 juli 1928, Stb. 222) per 1 december 1997 komen te vervallen. Overigens vielen uitsluitend geneeskundigen, apothekers, verloskundigen en tandartsen onder de werking van de Medische Tuchtwet. Daarmee had die wet een beperkter bereik dan de Wet BIG.

Artikel 3, eerste lid:

"Er worden registers ingesteld, waarin degenen die aan de daarvoor bij en krachtens deze wet gestelde voorwaarden voldoen, op hun aanvraag worden ingeschreven, onderscheidenlijk als:

arts."

Artikel 40, eerste tot en met derde lid:

"1. Degene die in een register als bedoeld in artikel 3 staat ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich zodanig van materieel, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg.

2. Het uitvoeren van het eerste lid omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van de uitoefening van de individuele gezondheidszorg dit vereist, regels worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van het eerste en tweede lid."

Artikel 47:

"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.

2. De in het eerste lid bedoelde hoedanigheden zijn die van:

arts"

Artikel 65, eerste lid, aanhef en onder d, en negende lid:

"1. Een zaak wordt in eerste aanleg bij het bevoegde regionale tuchtcollege aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van:

(...)

d. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van het Staatstoezicht op de volksgezondheid, wie de aangelegenheid uit hoofde van de hem toevertrouwde belangen aangaat.

(...)

9. De klager en degene over wie is geklaagd, kunnen zich doen vertegenwoordigen door een gemachtigde en zich doen bijstaan door een raadsman."

Artikel 73, eerste lid, aanhef en onder c:

"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:

(...)

c. de in artikel 65, eerste lid, onder d, bedoelde hoofdinspecteur en regionale inspecteur."

Artikel 86, eerste lid:

"Met het toezicht op de naleving van de krachtens deze wet geregelde opleidingen, alsmede de bij of krachtens artikel 40, eerste, derde en vierde lid, gestelde voorschriften en de in deze wet opgenomen strafbepalingen zijn belast de bij besluit van Onze Minister aangewezen ambtenaren."

4. Gezondheidswet

Artikel 36, eerste en tweede lid:

"1. Er is een Staatstoezicht op de volksgezondheid, ressorterend onder onze Minister, dat bestaat uit bij algemene maatregel van bestuur aangewezen onderdelen en dat tot taak heeft:

a. het verrichten van onderzoek naar de staat van de volksgezondheid en de determinanten daarvan alsmede, waar nodig, het aangeven en bevorderen van middelen tot verbetering daarvan;

b. het toezicht op de naleving en de opsporing van overtredingen van het bepaalde bij of krachtens wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid,

een en ander voor zover de ambtenaren van het Staatstoezicht daarmee zijn belast bij of krachtens wettelijk voorschrift.

2. Het Staatstoezicht heeft voorts tot taak het uitbrengen van adviezen en het verstrekken van inlichtingen aan Onze Minister op verzoek of uit eigen beweging, met betrekking tot hetgeen het Staatstoezicht op grond van het eerste lid ter kennis is gekomen."

5. Kwaliteitswet zorginstellingen (Wet van 18 januari 1996, Stb. 80; in werking getreden op 1 april 1996).

Artikel 1:

"1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

(...)

b. instelling: het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg;

c. zorgaanbieder:

1e. de natuurlijke of de rechtspersoon, die een instelling in stand houdt;

2e. de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een instelling vormen."

Artikel 2:

"De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend, en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt."

Artikel 3:

"De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg."

Artikel 4:

"1. Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg..."

Artikel 7:

"1. Indien Onze Minister van oordeel is dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, kan hij de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.

2. In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.

3. Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.

4. Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister kan worden verlengd.

5. De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen."

Artikel 8, eerste lid:

"Met het toezicht op de naleving van de bij de artikelen 2, 3, 4 en 5 gestelde eisen onderscheidenlijk de krachtens artikel 7 gegeven aanwijzingen of bevelen zijn belast de hoofdinspecteurs, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid."

Artikel 14, eerste lid:

"Onze Minister heeft ter zake van de overtreding van een krachtens artikel 7, eerste of vierde lid, gegeven aanwijzing onderscheidenlijk bevel de bevoegdheid tot toepassing van bestuursdwang."

6. Besluit van 3 november 1993, houdende regels omtrent middelen en maatregelen, die kunnen worden toegepast ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties in psychiatrische ziekenhuizen (Besluit middelen en maatregelen Bopz) (Staatsblad 1993, 563)

Artikel:

"In dit besluit wordt onder de wet verstaan: de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen."

Artikel 2:

"Als middelen en maatregelen, die kunnen worden toegepast in gevallen als bedoeld in artikel 39, eerste lid, van de wet, worden aangewezen:

(...)

c. fixatie, waaronder wordt verstaan het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden."

In de Nota van Toelichting van dit Besluit is onder meer het volgende opgenomen:

"Artikel 39 van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen heeft betrekking op tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis (...) als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt. Van noodsituaties is bijvoorbeeld sprake als de patiënt onverwacht zodanig psychotisch functioneert dat dit leidt tot gevaar voor de patiënt zelf of voor anderen. Van een noodsituatie kan ook sprake zijn als meer dan de normale kans bestaat dat een dergelijke situatie zich zal gaan voordoen.

(...)

Artikel 2

Dit artikel bevat de opsomming van de middelen en maatregelen die bij overbrugging van tijdelijke noodsituaties kunnen worden toegepast.

(...)

Bij fixatie moet niet alleen worden gedacht aan vastbinden, maar aan iedere vorm van vasthouden waardoor de betrokkene in zijn bewegingen wordt belemmerd. Indicatie tot fixeren bestaat bij heftige psychomotorische onrust, bij ernstige impulsiviteit of niet te

bedwingen neigingen tot zelfdestructie waarbij andere methoden geen soelaas bieden. (...) Bij fixatie valt te denken aan toepassing van Zweedse banden.”

7. Schadevergoeding

In het geval van een klacht over een besluit van een bestuursorgaan tot afwijzing van een verzoek om schadevergoeding dat kan worden onderworpen aan het oordeel van de bestuursrechter is de Nationale ombudsman niet bevoegd.

Staat bij zo'n klacht de weg naar de bestuursrechter niet open, zodat de Nationale ombudsman ter zake wel bevoegd is, dan stelt de Nationale ombudsman zich terughoudend op. In zo'n geval is immers de burgerlijke rechter de instantie die bij uitsluiting bevoegd is om bindend te beslissen over de vraag of, op grond van bepalingen van burgerlijk recht, het betrokken bestuursorgaan is gehouden om de gestelde schade te vergoeden.

Alleen wanneer in zo'n geval naar het oordeel van de Nationale ombudsman de aanspraak van betrokkene op schadevergoeding, gezien de gronden waarop deze aanspraak berust, zo evident juist is dat het betrokken bestuursorgaan niet in redelijkheid tot zijn afwijzende besluit heeft kunnen komen, wordt dat besluit tot weigering van de gevraagde schadevergoeding aangemerkt als een niet-behoorlijke gedraging.

In de overige gevallen gaat de Nationale ombudsman ervan uit dat het in beginsel vrijstaat aan het betrokken bestuursorgaan om te betwisten dat het gehouden is tot het vergoeden van de gestelde schade, en om zich in verband daarmee op het standpunt te stellen dat de vraag naar die gehoudenheid - eventueel - moet worden beantwoord door de burgerlijke rechter. In die gevallen zal er voor de Nationale ombudsman geen reden zijn om het besluit tot weigering van de schadevergoeding aan te merken als een niet-behoorlijke gedraging.