

ANNOTATIE

Drie uitspraken van het College van Medisch Toezicht.

mr. A.C. de Die

Annotatie bij Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle, 22-05-2015, ECLI:NL:TGZRZWO:2015:57 (GZR-2015-0223)

Tot 22 mei jl. leek het College van Medisch Toezicht (CMT) een marginale functie te hebben. Er gingen jaren voorbij waarin het CMT geen enkele zaak ter behandeling kreeg voorgelegd. De IGZ heeft het CMT echter ineens weer weten te vinden en dat is nieuws. Kennelijk vinden de tuchtcolleges dit zelf ook, want er werd zelfs een nieuwsbericht aan gewijd op de website van de tuchtcolleges.

Wat is het CMT eigenlijk en waarin verschilt het van de tuchtcolleges? Het CMT heeft in de Wet BIG een eigen plaats en taak. Het College vindt zijn basis in artikel 79 Wet BIG. De Inspecteur voor de gezondheidszorg, bevoegd in de plaats waar de betrokken beroepsbeoefenaar zijn beroep uitoefent, is exclusief bevoegd een voordracht te doen aan het CMT. De rol van de Inspecteur is op dit punt dus anders dan in het tuchtrecht, waarin de Inspecteur als klager optreedt en een vergelijkbare positie heeft als alle andere tot klagen bevoegden. Het verschil in de rollen van de Inspecteur wordt verklaard door het verschil in bevoegdheid en de doelstelling van de procedure. De procedure is in het leven geroepen om te beoordelen of iemand met gezondheidsproblemen geacht kan worden het beroep op verantwoorde wijze uit te oefenen.

Het CMT is bevoegd, op voordracht van de Inspecteur, een voorziening te treffen ertoe strekkend een BIG-geregistreerde uit het BIG-register te verwijderen, dan wel bijzondere voorwaarden te verbinden aan de beroepsuitoefening. Die bevoegdheid kan worden toegepast indien de beroepsbeoefenaar wegens geestelijke of lichamelijke gesteldheid of wegens gewoonte van drankmisbruik of van misbruik van middelen als bedoeld in de Opiumwet (art.

2 en 3) niet geschikt moet worden geacht om het desbetreffende beroep uit te oefenen, zonder meer of zonder specifieke waarborgen. Anders gezegd: als een BIG-geregistreeerde beroepsbeoefenaar zodanig ziek door of verslaafd is aan alcohol of drugs dat hij zijn vak niet langer (zonder voorwaarden) kan uitoefenen, kan het CMT ingrijpen. Het gaat in deze procedure primair om de beoordeling van de gezondheidstoestand van de betrokken beroepsbeoefenaar in relatie tot de vraag of die gezondheidstoestand aan verantwoorde beroepsuitoefening zodanig in de weg staat dat maatregelen aangewezen zijn. Het CMT kan de volgende maatregelen opleggen: het verbinden van bijzondere voorwaarden aan de beroepsuitoefening en gedeeltelijke ontzegging of doorhaling van de BIG-registratie.

Het CMT bestaat uit twee juristen (waarvan één voorzitter) en drie leden-artsen die hier een geheel andere taak hebben dan hun collega's in de tuchtcolleges. Waar het bij een tuchtzaak altijd gaat om zorgverlening en de vraag of de beroepsbeoefenaar daarbij voldoende zorgvuldig heeft gehandeld, moet het CMT de gesteldheid van de beroepsbeoefenaar zélf onderzoeken en beoordelen of hij geschikt wordt geacht voor de beroepsuitoefening. In de voordracht dient de Inspecteur de concrete feiten en omstandigheden te beschrijven en te vermelden welke maatregelen hij genomen wil zien en als het gaat om het stellen van voorwaarden, welke voorwaarden dit zouden moeten zijn.

Moeilijkheden bij het komen tot een deugdelijke voordracht kunnen zich voordoen als er wel signalen zijn, maar geen aantoonbare feiten en omstandigheden. Zeker in geval van verslaving komt ontkenning nogal eens voor en is de vraag hoe de Inspecteur zijn onderbouwing 'rond' kan krijgen. Een verplichting tot het meewerken aan lichamelijk en/of psychologisch of psychiatrisch onderzoek is niet in de Wet BIG opgenomen en zonder wettelijke grondslag kan een persoon niet gedwongen worden tot medewerking aan een dergelijk onderzoek. Het verbaast dan ook niet dat de IGZ vanwege de bewijsproblematiek haar toevlucht nam tot het indienen van een tuchtklacht tegen een beroepsbeoefenaar met een gezondheidsprobleem, om dan maar via de weg van een klacht over het handelen in concrete gevallen te trachten tot een beperking van de beroepsuitoefening te komen (zie o.a. CTG 12 augustus 2014, ECLI:NL:TGZCTG:2014:299, RTG Zwolle 18 oktober 2013, ECLI:NL:TGZRZWO:2013:39, RTG Eindhoven 8 april 2013, ECLI:NL:TGZREIN:2013:YG2816).

Het tij heeft zich kennelijk gekeerd, want nu zijn er ineens drie uitspraken geweest door het CMT. Voor de drie zaken geldt dat zij goed laten zien waar het CMT voor is bedoeld: bescherming van de maatschappij tegen onaanvaardbare risico's voor de individuele gezondheidszorg.

Wat waren de casussen waarover het CMT moest oordelen?

De eerste zaak betrof een huisarts die als huisarts-waarnemer door het hele land werkte (GZR 2015-0225). Van verschillende kanten kwamen er signalen over tekortschietende praktijkuitoefening, maar er waren ook signalen over diverse acties van de huisarts om via verschillende apotheken opiaten te verkrijgen. Op een zeker moment is de zaak bij de IGZ gemeld. Ondanks herhaalde oproepen ging de huisarts contact met de IGZ uit de weg, waarna de IGZ op grond van de concrete signalen die zij ontvangen had, een bevel heeft opgelegd. Gelet op het verloop, zoals beschreven in de uitspraak, is het bevel van de IGZ voor de arts waarschijnlijk aanleiding geweest zich onder behandeling te laten stellen. Hij is vanuit de kliniek waar hij was opgenomen echter tegen advies met ontslag gegaan. Daarna is hij in ambulante behandeling gegaan, waar hij ook vaak niet verscheen op afspraken en uiteindelijk de behandeling heeft afgebroken. In reactie op de voordracht van de Inspecteurs voor het CMT, heeft de arts erkend een drugsprobleem te hebben, maar volgens eigen zeggen was hij al acht maanden van de drugs af. Dat beeld correspondeerde echter niet met de feiten. In combinatie met de langdurige en heftige voorgeschiedenis van psychiatrische en verslavingsproblematiek én het feit dat de arts zich aan het toezicht van de IGZ heeft onttrokken en zich ook tijdens de procedure niet heeft laten zien, waaruit werd afgeleid dat de arts ook niet bereid zou zijn tot medewerking aan nader medisch onderzoek, leidde dit tot doorhaling met schorsing als voorlopige voorziening tijdens de beroepstermijn.

In de tweede casus was ook sprake van een verslavingsprobleem: een fysiotherapeut met een drankprobleem (GZR 2015-0224). Hij was ook tijdens zijn werk als fysiotherapeut onder invloed van alcohol en gedroeg zich zodanig dat patiënten hierover spraken met hun huisarts. De huisartsengroep bij wie de signalen waren binnengekomen meldde dit aan de IGZ. De IGZ startte een onderzoek en legde een bevel op. De fysiotherapeut ging in behandeling en kwam zelf tot het besluit dat hij niet meer als paramedicus zou werken. Uit de voordracht valt op de te maken dat de Inspecteurs hem blijkbaar nog een kans gunden, onder zekere voorwaarden, maar toen de fysiotherapeut daags voor de zitting te kennen gaf niet in staat te zijn om te komen omdat hij 'totaal bezopen' was, is de voordracht gewijzigd in een verzoek tot doorhaling van de BIG-registratie. Die maatregel is opgelegd, met een schorsing bij wijze van voorlopige voorziening. Ook hier was de lange voorgeschiedenis van alcoholverslaving, zonder blijvend effectieve behandeling, doorslaggevend voor het oordeel.

De twee verslavingscasussen hebben gemeen dat er voldoende bewijs is in de vorm van observaties van derden, medische rapportages en gemotiveerde zorgen van andere professionals. Daarmee heeft de IGZ haar zaken voldoende kunnen onderbouwen om tot een voordracht te komen. De houding van beide betrokkenen: zich onttrekken aan toezicht en de procedure bij het CMT, zal bevestigd hebben dat een vergaande maatregel onontkoombaar was. Het zijn stuk voor stuk persoonlijke drama's, maar het geeft mij als burger en potentiële

patiënt wel een rustig gevoel dat er ingegrepen kan worden als een beroepsbeoefenaar vanwege verslaving of ziekte niet in staat wordt geacht zijn vak verantwoord uit te oefenen. Tegelijkertijd realiseer ik mij dat we hier slechts het topje van de ijsberg zullen zien.

Een andere kwestie was de derde zaak: een chirurg die vanaf zijn 43e jaar te kampen had met psychotische periodes (GZR 2015-0223). Zowel de arts als zijn echtgenote was hiermee adequaat omgegaan: direct behandeling, leren herkennen van de symptomen en het vermijden van luxerende factoren. Niettemin achtte de IGZ een chirurg met een dergelijke stoornis – en mogelijk ook bijverschijnselen als gevolg van anti-psychotische medicatie – een onaanvaardbaar risico. Zij heeft de chirurg voorgedragen bij het CMT teneinde de volgende maatregelen te doen opleggen: werken in groepsverband en onder supervisie en gedeeltelijke ontzegging van hoogcomplexe chirurgie in spoedeisende situaties. De chirurg zelf had intussen zijn werkzaamheden als chirurg gestaakt en was ook niet voornemens deze te hervatten. Hij wilde zich gaan richten op medische advisering of sportgeneeskunde. Uit zijn reactie op de voordracht bleek duidelijk dat hij geen risico's voor de patiëntveiligheid wilde veroorzaken. De motivering om in deze zaak toch een voordracht te doen, was, zo blijkt uit de uitspraak, dat de IGZ geen beroepsbeperkende afspraken meer kan maken. Het was nu aan het CMT om te beoordelen of maatregelen in de vorm van de verzochte voorwaarden opgelegd moesten worden. Het CMT wees de voordracht af, kort samengevat, omdat de maatregelen die de arts zelf had genomen toereikend waren en er geen reden was om aan zijn betrouwbaarheid te twijfelen, zeker omdat hij zich constructief en toetsbaar had opgesteld en professioneel omging met zijn ziekte. Het CMT heeft er vertrouwen in dat hij zich naar zijn beperkingen zal gedragen, waarmee een maatregel van beperkende aard overbodig is. Omdat hij zijn bekwaamheid zelf goed inschat, wordt hij niet ongeschikt geacht om zijn beroep uit te oefenen.

De slotconclusie van het CMT is mijns inziens innerlijk tegenstrijdig met het voorafgaande. Het is immers duidelijk dat de chirurg voor een deel van zijn werkzaamheden niet in staat is die verantwoord uit te oefenen. Omdat hij zelf maatregelen heeft getroffen die risico's te beperken en hij daarin betrouwbaar is, is oplegging van een maatregel niet nodig.

Een interessant aspect aan deze zaak is dat de IGZ aanvoert zich genoodzaakt te hebben gezien zich tot het CMT te wenden, omdat zij geen beroepsbeperkende afspraken meer kan maken. Naar aanleiding van de zaak Jansen Steur was er politieke commotie ontstaan over het maken van beroepsbeperkende afspraken tussen een disfunctionerende beroepsbeoefenaar en de IGZ. Veelal kwamen die afspraken hierop neer: 'Als u zich vrijwillig uit het BIG-register laat uitschrijven, dienen wij geen tuchtklacht in'. Op verzoek van de Tweede Kamer heeft minister Schippers (VWS) een maar moeizaam tot stand gekomen overzicht opgesteld van dergelijke afspraken over de periode 2000-2013. Die periode is opmerkelijk omdat reeds in

september 2010 was besloten dat de IGZ geen beroepsbeperkende afspraken meer zou maken (*Kamerstukken II 2009/10, 32500 XVI, 3*). Het intern onderzoek leverde een lijst op van 13 gevallen, waarin beroepsbeperkende afspraken waren gemaakt. In geen van die gevallen had de beroepsbeoefenaar zich opnieuw ingeschreven in het BIG-register. De afspraken waren echter niet openbaar; dit was geen onderdeel van de afspraken. De Kamer was hier kritisch over. Na afweging van de in het geding zijnde belangen: patiëntveiligheid, preventie, privacy en nakoming van de afspraken door de IGZ, heeft de minister besloten de lijst slechts geanonimiseerd openbaar te maken. Nu geen van de beroepsbeoefenaren nog werkzaam is in de zorg, werd openbaarmaking niet opportuun geacht (*Kamerstukken II 2013/14, 33149, 27*).

Het geldende beleid is neergelegd in het document *Nieuwe werkwijze IGZ inzake beroepsbeperkende maatregelen disfunctionerende beroepsbeoefenaren* samen met *Interne richtlijn omgaan met signalen disfunctioneren van medisch specialisten*. De betrokken beroepsbeoefenaar dient in geval van een vermoeden van disfunctioneren een plan van aanpak op te stellen, waarvan de inhoud getoetst wordt door de IGZ. Als het plan niet tot stand komt of niet aan de criteria voldoet dan wel, indien sprake is van een situatie waarin het maken van een plan van aanpak niet afgewacht kan worden, gaat de IGZ over tot inzet van haar wettelijke bevoegdheden en wordt het besluit openbaar gemaakt. Bovendien worden sinds 1 juli 2012 maatregelen opgelegd door een tuchtcollege voor de gezondheidszorg of het CMT, maatregelen die verwerkt zijn op grond van maatregelen die door een rechter in het buitenland zijn opgelegd, bevelen opgelegd door de IGZ en maatregelen opgelegd door de Nederlandse strafrechter aangetekend in het BIG-register (*Stb. 2011, 568*). Hoewel men nog steeds kan discussiëren over de vrijheid van een beroepsbeoefenaar om mee te werken aan het tot stand komen van een plan van aanpak – hoe vrij is men als de consequentie van niet-meewerken oplegging van een maatregel is die bovendien openbaar wordt gemaakt? – is mijn conclusie wel dat het nieuwe beleid een verbetering is. Het voldoet aan de eisen van proportionaliteit en subsidiariteit om te volstaan met minder ingrijpende maatregelen als dat kan. Voor de beroepsbeoefenaar in kwestie is vooraf duidelijk wat de consequenties zijn, waarbij openbaarmaking op de website van de IGZ aansluit bij vast beleid van de IGZ en aantekening in het openbare BIG-register een wettelijke grondslag heeft. Bij mij is wel de vraag blijven hangen waarom dit beleid niet is toegepast bij de chirurg. Dit lijkt mij bij uitstek een casus waarin een adequaat plan van aanpak mocht worden verwacht. Helaas bevat de uitspraak niet het antwoord op die vraag.