

Nieuwsbrief - GZR 2022-21

Nummer 21, 2022

Redactie: mr. dr. R.P. Wijne, mr. L. Beij, mr. drs. R.M. Bertens, mr. J.W. Bosman, mr. M. Christe, mr. A.C. de Die, mr. M.A. Goldschmidt, mr. J.F. Groen, mr. N.A.D. Groot, mr. I.W. Hanemaaijer, mr. M.M. Hofstee, mr. A. Jagt, mr. J.M. Janson, mr. drs. C. van der Kolk, mr. X.R. van der Kruk-Ras, mr. I.J. de Laat, mr. E. Lam, mr. M. Martin, mr. A.M. De Nijs, mr. C. Pluijgers, mr. T.R. Riemersma, mr. A. Rube, mr. D. Schuurman, mr. S. Snelder, mr. C. Velink, mr. C.W.M. Verberne, mr. H.B.M. Vrieling, mr. J.M. de Vries, mr. D. van der Wal en mr. K.S. Waldron.

INHOUDSOPGAVE

Europees Hof voor de Rechten van de Mens

Europees Hof voor de Rechten van de Mens,

ECLI:CE:ECHR:2022:0920JUD004339913 20-09-2022

Sterilisatie zonder informed consent is een schending van artikel 8 EVRM (en in deze zaak niet van art. 3 EVRM).

Hoge Raad

Hoge Raad, ECLI:NL:HR:2022:1582 04-11-2022

Verplichte zorg verleend voor een langere periode dan de in de zorgmachtiging opgenomen duur van vier maanden.

Hoge Raad, ECLI:NL:HR:2022:1456 14-10-2022

Schijn van vertegenwoordigingsbevoegdheid bij contracteren zorg.

Rechtbank

Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2022:12417 17-11-2022

Handelingen van fysiotherapeut ontuchtig.

Rechtbank Amsterdam, ECLI:NL:RBAMS:2022:6716 17-11-2022

Bijzondere overwegingen over strafdoelen bij dodelijk incident door toedoen van ambulantly begeleidster.

Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2022:4184 15-11-2022

Geen sprake van zeer uitzonderlijke omstandigheden die doorbreking van afgeleid verschoningsrecht rechtvaardigen. Beklag gegrond.

Rechtbank Oost-Brabant, ECLI:NL:RBOBR:2022:4822 03-11-2022

Het ligt niet op de weg van het ziekenhuis om een patiënt erop te wijzen dat een behandeling wel of niet wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

[Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2022:3967](#) 18-10-2022

Samenloop van Wzd en Wvggz bij autismespectrumstoornis en licht verstandelijke beperking.

[Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2022:3966](#) 18-10-2022

Zorgmachtiging. Bij het medisch onderzoek via beeldbellen is niet voldaan aan criteria Hoge Raad (1).

[Rechtbank Gelderland, ECLI:NL:RBGEL:2022:6129](#) 17-10-2022

Rechterlijke machtiging toegewezen.

[Rechtbank Amsterdam, ECLI:NL:RBAMS:2022:5855](#) 11-10-2022

Schadevergoeding van € 1050 als bedoeld in artikel 44 van de Wzd toegewezen.

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2022:10309](#) 05-10-2022

Onderlinge verantwoordelijkheid ziekenhuis-huisartsenpost-patiënt.

[Rechtbank Noord-Holland, ECLI:NL:RBNHO:2022:9040](#) 30-09-2022

Rechterlijke machtiging toegewezen. Geen alternatieven voor gesloten afdeling.

[Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2022:4020](#) 05-09-2022

Zorgmachtiging. Bij het medisch onderzoek via beeldbellen is niet voldaan aan criteria Hoge Raad (2).

Tuchtcolleges

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam,](#)

[ECLI:NL:TGZRAMS:2022:162](#) 11-11-2022

Onderzoek en rapportage psychiater onzorgvuldig en nalatig bij vaststelling 'alcoholmisbruik in de zin van de wet'.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam,](#)

[ECLI:NL:TGZRAMS:2022:156](#) 08-11-2022

Berisping voor medisch adviseur wegens onzorgvuldig adviesrapport.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven,](#)

[ECLI:NL:TGZREIN:2022:59](#) 27-10-2022

Klacht tegen medisch adviseur (arts) van een zorgverzekeraar deels niet-ontvankelijk, deels ongegrond.

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2022:169](#) 26-10-2022

Klacht tegen deskundige (tandarts) wordt in beroep bij het CTG alsnog ongegrond verklaard, omdat het onderzoek volgens het CTG wel de tuchtrechtelijke toets der kritiek doorstaat.

Uitspraken zonder ECLI

Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden 16-11-2022

Ontslag leden cliëntenraad.

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

Scheidsgerecht Gezondheidszorg 01-07-2022

Kort geding: medisch specialist vordert het onderzoek naar zijn functioneren onmiddellijk stop te zetten, dan wel te verbieden (nader) onderzoek te verrichten naar zijn functioneren, op straffe van verbeurte van een dwangsom.

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

Annotatie

De informatieplicht van een zorgaanbieder over de te betalen eigen bijdrage door de patiënt

mr. J.M. de Vries

RECHTSPRAAK

Ontslag leden cliëntenraad.

Aan de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden is het verzoek voorgelegd om de beslissing tot ontslag van verzoekers als lid van de cliëntenraad te toetsen. De Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden verklaart verzoekers niet-ontvankelijk en de LCvV onbevoegd het verzoek te behandelen.

Feiten

Aan de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (LCvV) is het verzoek voorgelegd om de beslissing tot ontslag van verzoekers als lid van de cliëntenraad te toetsen. Verzoekers stellen zich op het standpunt dat de ontslagbeslissing, zakelijk en verkort weergegeven, onzorgvuldig en in strijd met de interne regelingen van de raad genomen is. Verder wordt verzocht verzoekers inzage te geven in de notulen die betrekking hebben op de cliëntenraden en is in geschil dat een deel van de cliëntenraadsleden al geruime tijd geen vergoeding heeft ontvangen.

Oordeel

De LCvV oordeelt dat uit de door verweerder overgelegde stukken blijkt dat verzoekers niet kunnen worden aangemerkt als (vertegenwoordigers van) een cliëntenraad noch als een representatieve delegatie als bedoeld in de Wmcz 2018 en het reglement van de LCvV. Ook de medezeggenschapsregeling van de zorginstelling biedt geen aanknopingspunt om het geschil te kunnen beoordelen. De LCvV verklaart verzoekers niet-ontvankelijk en de LCvV onbevoegd het verzoek te behandelen.

mr. X.R. van der Kruk-Ras

Instantie: Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden

Datum uitspraak: 16-11-2022

Zaaknummer: 22-017

RECHTSPRAAK

Bijzondere overwegingen over strafdoelen bij dodelijk incident door toedoen van ambulant begeleider.

Bijzondere overwegingen over strafdoelen bij dodelijk incident door toedoen van ambulant begeleider; geen generale preventie, nu niet aannemelijk is dat het gedrag van begeleider of andere zorgverleners beïnvloed wordt door een (dreigende) gevangenis- of taakstraf, omdat een dergelijke straf in het niet valt bij haar schuldgevoel. Ook geen vergelding, nu de begeleider al zwaar te lijden heeft onder een groot schuldgevoel.

Feiten

De verdachte wordt verweten dat zij als ambulant begeleider roekeloos althans zeer aanmerkelijk onvoorzichtig en/of onachtzaam en/of nalatig de buggy van een ernstig verstandelijk gehandicapte cliënte op het plateau van een fiets heeft gezet en deze buggy onvoldoende heeft gezekeerd, althans niet deugdelijk heeft vastgezet en vervolgens met deze rolstoelfiets is gaan rijden, waarna de buggy met daarin het slachtoffer van de fiets is gevallen waardoor deze is komen te overlijden.

Oordeel

De rechtbank concludeert dat de begeleider haar zorgplicht, om bij het gebruik van de rolstoelfiets ervoor te zorgen dat de buggy volledig gezekeerd was, heeft geschonden. Het overlijden kan aan de zorgschending van de begeleider worden toegerekend en was ook een voorzienbaar gevolg. De keuze om het slachtoffer uiteindelijk niet te behandelen stond in directe relatie met het letsel dat door het ongeval is veroorzaakt. De rechtbank vindt die keuze ook begrijpelijk. Om deze redenen kan het overlijden van de cliënte in redelijkheid worden toegerekend aan de zorgplichtschending. Daarmee is de causaliteit gegeven.

De rechtbank overweegt voorts dat op verdachte, nu zij handelde als zorgverlener/ambulant begeleider, een grotere mate van verantwoordelijkheid rustte, en dat aan haar hogere eisen

mogen worden gesteld dan aan een gemiddeld mens als het gaat om bijvoorbeeld voorzichtigheid en oplettendheid. Haar handelen moet worden afgezet tegen het handelen van een redelijk handelend en redelijk bekwaam beroepsgenoot.

De rechtbank oordeelt dat sprake is van onbewuste schuld. Daarvan is sprake nu verdachte haar hoofd niet volledig bij de veiligheidshandelingen had, die zij moest verrichten, terwijl van haar, afgemeten tegen de norm van een redelijk handelend en redelijk bekwaam beroepsgenoot, mocht worden verwacht dat zij de betreffende veiligheidshandelingen met meer aandacht zou verrichten. Zij kon zich niet veroorloven om bij dergelijke belangrijke handelingen afgeleid te zijn en van haar had eveneens mogen worden verwacht dat zij had gecontroleerd of zij de veiligheidshandelingen ook correct had uitgevoerd. De rechtbank komt tot het oordeel dat sprake is geweest van aanmerkelijk onachtzaam en nalatig handelen.

De rechtbank legt echter geen straf of maatregel op. De rechtbank wijst op enerzijds het grote gemis voor de familie van het slachtoffer, maar ook op het beeld van een bevlogen, liefdevolle en zorgvuldige begeleidster, die bijzondere aandacht heeft voor wat de kinderen nodig hebben en zo een bijzondere band met hen weet op te bouwen. Het voorval is ook voor de begeleidster een schokkende ervaring geweest, waar zij tot op heden zwaar onder gebukt gaat en die zij de rest van haar leven met zich zal moeten dragen.

Het klassieke strafdoel van de generale preventie acht de rechtbank niet aan de orde, nu 'niet aannemelijk (is) dat het gedrag van [verdachte] of andere zorgverleners beïnvloed wordt door een (dreigende) gevangenis- of taakstraf. Een dergelijke straf valt immers in het niet bij het schuldgevoel dat zij ervaren als iemand door hun toedoen ernstig letsel oploopt of komt te overlijden'. Ook is de maatschappij niet gediend bij het opleggen van een straf, terwijl de strafoplegging voor de begeleidster '– die al zwaar te lijden heeft onder groot schuldgevoel – slechts extra leed toevoegt. De rechtbank acht het in de gegeven omstandigheden voldoende dat met dit vonnis is vastgesteld dat [verdachte] in strafrechtelijke zin schuld heeft aan het overlijden van [slachtoffer]'.

Tot slot overweegt de rechtbank expliciet, dat naar haar oordeel deze veroordeling niet tot gevolg zou moeten hebben dat verdachte een VOG zou worden geweigerd, waardoor zij in de toekomst haar werk als ambulant begeleidster niet meer zou kunnen uitvoeren.

mr. J.F.M. Wasser

Instantie: Rechtbank Amsterdam

Datum uitspraak: 17-11-2022

ECLI: ECLI:NL:RBAMS:2022:6716

Zaaknummer: 13/062111-22

Rechters: R.A. Overbosch, Brink, D. van den D. van den Brink en A.R. Vlierhuis

Advocaten: Chr.H. van Dijk

Wetsartikelen: 307 Sr

RECHTSPRAAK

Geen sprake van zeer uitzonderlijke omstandigheden die doorbreking van afgeleid verschoningsrecht rechtvaardigen. Beklag gegrond.

Geen sprake van zeer uitzonderlijke omstandigheden die doorbreking van afgeleid verschoningsrecht rechtvaardigen. Beklag gegrond.

Feiten

De RC heeft machtiging verleend tot een vordering tot het verstrekken van gevoelige gegevens op grond van artikel 126nf Sv gericht aan klager, bestaande uit 'Het ritformulier UMCG Ambulancezorg van zondag 10 juli 2022. Betreft het inzetadres: (...). Op dit adres is gevestigd (...).' Ter zitting preciseerde de officier van justitie dit tot 'Het overzicht met de waardes' behorend bij voornoemd ritformulier.

Oordeel

Het ziekenhuis, aan wie de vordering was gedaan, beriep zich op het van de medewerkers van de ambulancedienst afgeleid medisch beroepsgeheim; verder waren er naar het oordeel van het ziekenhuis geen gronden voor een doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Het OM dacht daarover anders: volgens het OM was sprake van zeer uitzonderlijke omstandigheden, waarbij het belang van de waarheidsvinding diende te prevaleren boven het belang van het verschoningsrecht, daarbij verwijzend naar de ernst van het feit, de dood van het slachtoffer en het belang dat het onderzoek zo volledig mogelijk uitgevoerd wordt. De medische gegevens zouden (wellicht cruciale) informatie over de situatie direct na de verweten gedragingen bevatten, die niet op een andere manier verkregen kon worden. Tot slot was de inbreuk op het medisch beroepsgeheim minimaal, en was door de nabestaande van het slachtoffer uitdrukkelijk toestemming gegeven voor de verstrekking van de medische informatie. De gevorderde gegevens zijn volgens de officier van justitie noodzakelijk voor de beoordeling van de verwijtbaarheid van het handelen van de verdachten.

De rechtbank concludeert dat het overzicht met de waardes, dat bij het ritformulier hoort, onder het verschoningsrecht valt. De rechtbank wijst op de ratio voor het verschoningsrecht,

en het feit dat dit verschoningsrecht niet absoluut is. De rechtbank stelt vervolgens vast dat de verdachten van een ernstig feit (medeplegen van mishandeling de dood ten gevolge hebbend) worden verdacht en dat volgens het NFI (blijkens het voorlopig sectieverslag) is geconstateerd dat het geweld niet de directe doodsoorzaak was, maar wel een indirecte rol kan hebben gespeeld.

Voor de rechtbank brengt de ernst van het misdrijf op zich nog niet met zich dat het verschoningsrecht doorbroken dient te worden. Naar het oordeel van de rechtbank staat onvoldoende vast dat is gebleken dat het overzicht met de waardes, behorend bij het ritformulier, cruciale informatie bevat over het moment direct na de aan verdachten verweten gedragingen. Immers, na beëindiging van de aan verdachten verweten gedragingen hebben ook de politieambtenaren handelingen verricht, terwijl niet is gebleken dat de gevorderde informatie strikt noodzakelijk is voor de juridische beoordeling van de gevolgen van het handelen van verdachten jegens het slachtoffer. Immers, de patholoog heeft aangegeven dat de waardes genoemd in het ritformulier 'mogelijk' van belang kunnen zijn. In dat licht is van belang op te merken dat de schouwarts de gevraagde waardes kennelijk van onvoldoende belang vond om deze te benoemen in het verslag van de schouw in het kader van de vaststelling van de doodsoorzaak.

Ook bevinden zich in het dossier stukken die zien op het handelen van de verdachten voorafgaand aan de dood van het slachtoffer, waaronder camerabeelden van het geweldsincident en getuigenverklaringen, terwijl een groot deel van de informatie uit het ritformulier reeds is verwerkt in het schouwverslag.

Dat alles leidt tot de slotsom dat naar het oordeel van de rechtbank geen sprake is van zeer uitzonderlijke omstandigheden die meebrengen dat het belang van waarheidsvinding moet prevaleren boven het verschoningsrecht van de medewerkers van de ambulancedienst. Het beklag wordt gegrond verklaard.

mr. J.F.M. Wasser

Instantie: Rechtbank Noord-Nederland

Datum uitspraak: 15-11-2022

ECLI: ECLI:NL:RBNNE:2022:4184

Zaaknummer: 18/190799-22, 18/190803-22, 18/190806-22 en 18/190809-22

Rechters: S. Zwarts, A.G.D. Overmars en A.L.J.M.A. Janssens

Advocaten: M. van Mourik

Wetsartikelen: 552a Sv en 218 Sv

RECHTSPRAAK

Handelingen van fysiotherapeut ontuchtig.

Handelingen van fysiotherapeut ontuchtig; een eventuele medische noodzaak kan het ontuchtige karakter van de handelingen in de gegeven omstandigheden niet wegnemen. Taakstraf en voorwaardelijke gevangenisstraf met onder meer als bijzondere voorwaarde het niet behandelen van vrouwelijke cliënten, zolang het OM dat nodig vindt.

Feiten

De verdachte wordt vervolgd voor feitelijke aanranding van de eerbaarheid bij een vrouw in 2004, terwijl deze op de behandeltafel lag en hij haar behandelde als manueel therapeut, althans als fysiotherapeut, en het plegen van ontucht in 2020, terwijl hij werkzaam was in de gezondheidszorg, met iemand die zich als patiënt aan zijn zorg had toevertrouwd.

Oordeel

De rechtbank komt tot een bewezenverklaring, na opgemerkt te hebben dat zedenzaken zich doorgaans kenmerken door de aanwezigheid van slechts twee personen bij de veronderstelde handelingen en dat uit vaste rechtspraak volgt dat in zedenzaken een geringe mate van steunbewijs in combinatie met de verklaring van het vermeende slachtoffer voldoende wettig bewijs kan opleveren. De rechtbank acht voldoende dat de verklaring van het slachtoffer op specifieke punten bevestiging vindt in andere bewijsmiddelen, afkomstig van een andere bron, waarbij de ontuchtige handelingen zelf geen steun hoeven te vinden in andere bewijsmiddelen, zij het dat tussen de belastende verklaring en het overige bewijsmateriaal een niet te ver verwijderd verband mag bestaan.

De rechtbank acht de verklaring van het eerste slachtoffer betrouwbaar, al is de eerste verklaring pas zestien jaar na het incident afgelegd. De redenen waarom zij pas na zoveel jaar aangifte heeft gedaan, zijn duidelijk toegelicht (slachtoffer, werkzaam bij het OM, nam kennis van sepot van een zaak tegen de verdachte), terwijl zij ook reeds destijds een klacht had ingediend bij de klachtencommissie van de KNGF beroepsvereniging voor fysiotherapeuten.

Haar verklaring in 2020 komt overeen met die van 2004 en wordt voorts gestaafd door andere bewijsmiddelen.

Ook de verklaring van het tweede slachtoffer houdt de rechtbank voor betrouwbaar, nu deze gedetailleerd is, consistent en relatief kort na het feit is afgelegd. Ook zij heeft van het voorval melding met gelijkluidende inhoud gedaan bij de klachtencommissie van de KNGF, wat bijdraagt aan de betrouwbaarheid van de door haar afgelegde verklaring.

De rechtbank meent ook dat voldoende steunbewijs voorhanden is, gelet op onder meer de verklaring van de verdachte op enkele onderdelen.

Deze gedragingen zijn ontuchtige gedragingen. Immers, van een ontuchtige handeling is sprake als het een handeling betreft van seksuele aard die in strijd is met de geldende sociaal-ethische norm; of die situatie zich voordoet, hangt onder meer af van de omstandigheden van het geval.

Bij aangeefster 1 wordt de ontuchtigheid onder meer aangenomen op grond van het feit dat zij over de handelingen niet vooraf was geïnformeerd en niet valt in te zien waarom deze handelingen nodig waren voor de behandeling. Voor zover er wél een medische rechtvaardiging bestond, staat vast dat de verdachte haar daarvoor niet heeft gewaarschuwd en dat zij, gelet op de aard van haar klachten, ook in het geheel niet bedacht hoefde te zijn op dergelijke betastingen. Een eventuele medische noodzaak kan het ontuchtige karakter van de handelingen in de gegeven omstandigheden niet wegnemen.

Ook aangeefster 2 was niet vooraf geïnformeerd over de handelingen, noch had zij daartoe toestemming gegeven. Zij was er ook niet op bedacht. Ook al zou er – zo ook de rechtbank ten aanzien van dit feit – deels een medische rechtvaardiging bestaan voor het handelen van de verdachte, dan nog neemt dit het ontuchtige karakter van zijn handelen niet weg.

Nadat de rechtbank heeft overwogen dat de seksuele intentie niet doorslaggevend is voor de vraag of sprake is van ontucht, acht de rechtbank opzet ook bewezen. Het beroep op het ontbreken van voorwaardelijk opzet in verband met de autistische stoornis bij de verdachte wordt verworpen. De verdachte moet zich – aldus de rechtbank – ervan bewust geweest zijn dat het betasten van de schaamstreek dan wel vagina door een fysiotherapeut, terwijl daarvoor geen enkele waarschuwing wordt gegeven en een patiënt daarop ook niet bedacht hoeft te zijn, in strijd is met de sociaal-ethische norm. Dit geldt temeer, nu hij reeds eerder was gewaarschuwd door de klachtencommissie in verband met een soortgelijk feit en in andere jaren ook meerdere klachten en/of meldingen tegen hem waren gedaan.

Bij de feitelijke aanranding wordt dwang aangenomen, nu de aangeefster zich door het

onverhoedse handelen van de verdachte daartegen niet heeft kunnen verzetten. Ook ten aanzien van de dwang wordt voorwaardelijk opzet aangenomen.

De rechtbank wijst op de ernst van de gedragingen en het misbruik dat verdachte heeft gemaakt van het in hem gestelde vertrouwen en op het feit dat de gebeurtenissen nadelige psychische gevolgen van langere duur hebben gehad. De verdachte is voor zijn handelen ten aanzien van het eerste slachtoffer in 2004 ook tuchtrechtelijk berispt, nadat hij voor vergelijkbaar handelen met een andere patiënte al een waarschuwing had gekregen. Uit het dossier is verder gebleken dat meerdere vrouwen melding dan wel aangifte tegen de verdachte hebben gedaan. Hieruit kan op zijn minst worden opgemaakt dat de verdachte geen lering heeft getrokken uit eerdere incidenten. Dat mag van de verdachte, zeker als professional in de gezondheidszorg, wel worden verwacht.

Uit de omtrent de verdachte uitgebrachte rapportage blijkt van een autismespectrumstoornis, met als gevolg dat hij impulsief kan reageren en dat zijn gedrag in mindere mate geremd wordt doordat hij emoties van anderen niet of in mindere mate kan aanvoelen. Anderzijds beschikt hij wel over de verstandelijke vermogens om te kunnen beredeneren dat het ten laste gelegde moreel laakbaar is.

Alles afwegende komt de rechtbank tot een taakstraf van honderd uur en een voorwaardelijke gevangenisstraf van twee maanden, met een proeftijd van vijf jaar. Aan die voorwaardelijke gevangenisstraf verbindt de rechtbank dadelijk uitvoerbaar verklaarde voorwaarden. Als bijzondere voorwaarden wordt gesteld een meldplicht op afspraken bij de reclassering, zolang deze dat nodig oordeelt, een behandeling bij De Waag, een contactverbod en het verbod om zijn werkzaamheden als fysio- en manueel therapeut uit te oefenen op vrouwelijke patiënten, zolang het Openbaar Ministerie dit verbod nodig vindt.

De vordering van de benadeelde partij wordt (deels) toegewezen, versterkt met de schadevergoedingsmaatregel.

mr. J.F.M. Wasser

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 17-11-2022

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2022:12417

Zaaknummer: 15/246425.20

Rechters: S. Pereth, I.K. Spros en P.G. Salvadori

Advocaten: T. Fuchs

Wetsartikelen: 246 Sr en 249 Sr

ANNOTATIE

De informatieplicht van een zorgaanbieder over de te betalen eigen bijdrage door de patiënt***mr. J.M. de Vries*****De feiten**

Deze zaak betreft op het eerste oog een eenvoudige ‘incassozaak’ over een ziekenhuisrekening. Toch is deze zaak juridisch gezien interessant omdat de patiënt, in deze zaak gedaagd door het ziekenhuis, heeft geweigerd de ziekenhuisrekening te betalen. Dit beroep onderbouwde de patiënt met de stelling dat het ziekenhuis in dit geval de patiënt erop had moeten wijzen dat zij een gedeelte van de kosten voor de door haar ondergane behandeling zelf moest betalen. Als zij had geweten dat de medische behandeling bij het ziekenhuis niet door haar zorgverzekeraar zou worden vergoed, dan had zij die behandeling in een ander ziekenhuis ondergaan.

De rechtbank oordeelde dat het beroep op dwaling van de patiënt niet slaagt. De patiënt heeft namelijk een goedkopere zorgverzekering, een zogenoemde budgetpolis, waardoor zij een lagere premie betaalt en waardoor niet alle kosten in alle ziekenhuizen worden vergoed. De patiënt had op basis van deze informatie zelf kunnen en moeten weten dat haar verzekering niet alle kosten in alle gevallen (ziekenhuizen) dekte. Daar komt bij dat de patiënt al eerder behandelingen in het ziekenhuis had ondergaan en daarvoor ook een eigen bijdrage moest betalen. Dat in dit geval óók een eigen bijdrage moest worden betaald, komt volgens de rechtbank in dit geval dus voor risico van de patiënt. De patiënt had zich er volgens de rechtbank van moeten vergewissen of de behandeling geheel of gedeeltelijk door haar zorgverzekeraar zou worden vergoed. Het ziekenhuis heeft daarbij zo veel als mogelijk voorlichting gegeven door het vermelden van informatie op de website, en informatie te geven over het feit dat er met de verzekeraar van de patiënt geen contract was gesloten. Volgens de rechtbank ligt het niet op de weg van een ziekenhuis om iedere individuele patiënt op de mogelijkheid van het betalen van een eigen bijdrage te wijzen.

In deze annotatie ga ik ten eerste in op het (algemeen) juridisch kader van de informatieplicht

van de hulpverlener, c.q. zorgaanbieder. Ik behandel hier de bepalingen uit het Burgerlijk Wetboek (BW), de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ('Wkkgz') en de Wet marktordening gezondheidszorg ('Wmg'). Daarna ga ik in op over de informatieplicht gewezen jurisprudentie. Ik rond af met een analyse en de beantwoording van de vraag of op basis van de wetgeving en/of jurisprudentie kan worden geconcludeerd dat een hulpverlener, c.q. zorgaanbieder, een patiënt óók moet informeren over de daadwerkelijk te betalen eigen bijdrage.

De informatieplicht over kosten van een hulpverlener c.q. zorgaanbieder

De informatieplicht van een hulpverlener/zorgaanbieder in het algemeen: het wettelijk kader

De (algemene) informatie- en overlegplicht van een hulpverlener is neergelegd in artikel 7:448 lid 1 BW. Op grond hiervan dient de hulpverlener een patiënt op duidelijke wijze in te lichten over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. De informatieverstrekking en overleg hebben tot doel te voorkomen dat de patiënt ten opzichte van de hulpverlener een informatieachterstand heeft waar het zijn gezondheid betreft. Er moet worden bewerkstelligd dat sprake is van een zodanig informatieniveau van de patiënt dat deze toestemming kan verlenen voor de te verrichten medische handelingen.[1]

Op grond van artikel 10 lid 1 Wkkgz heeft een 'zorgaanbieder' – zoals in de onderhavige zaak het ziekenhuis – ten opzichte van de 'cliënt' eveneens een informatieplicht. Gelet op deze bepaling dient de zorgaanbieder de patiënt te informeren over de aangeboden zorg, waaronder begrepen de tarieven en de kwaliteit.

Een met artikel 10 lid 1 Wkkgz vergelijkbare informatieplicht staat vervat in artikel 38 Wmg. In artikel 38 lid 1 Wmg wordt bepaald dat zorgaanbieders hun patiënten tijdig en zorgvuldig omtrent het voor de prestatie in rekening te brengen tarief moeten informeren. Ingevolge artikel 38 lid 3 en 7 Wmg stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) regels vast met betrekking tot de informatieverplichting van zorgaanbieders. De door de NZa op deze grondslag vastgestelde 'regel' betreft de Regeling transparantie zorgaanbieders (hierna: 'de Regeling').[2]

In artikel 4 lid 5 van de Regeling wordt bepaald dat een zorgaanbieder de consument (patiënt) moet informeren over eventuele eigen betalingen. Volgens de toelichting bij deze bepaling is het voor de consument bijvoorbeeld van belang om te weten welke kosten van de zorg hij zelf moet betalen. Als de consument (een deel van) de kosten van de zorg zelf moet betalen, dan is

het volgens (de toelichting van de) NZa van belang dat de zorgaanbieder de consument informeert om welke kosten het gaat en, *voor zover mogelijk*, hoe hoog deze kosten zijn. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om kosten van onverzekerde zorg en kosten die de consument eerst zelf betaalt en vervolgens declareert bij zijn zorgverzekeraar. Volgens de toelichting valt onder meer (ook) te denken aan de situatie dat de zorgaanbieder geen contract heeft met de zorgverzekeraar: in dat geval moet de zorgaanbieder de consument hierover informeren en aangeven dat de consument mogelijk een deel van de zorg zelf moet betalen of een beperkte vergoeding krijgt.

Het voorschrift van artikel 4 lid 5 van de Regeling, en met name de toelichting daarop, roepen de vraag op of een ziekenhuis een individuele patiënt inderdaad – zoals de rechtbank Oost-Brabant in het met deze bijdrage geannoteerde vonnis heeft overwogen en geoordeeld – niet toch per behandeling moet informeren over de (daadwerkelijk) door hem voor de behandeling te betalen eigen bijdrage. Ik beantwoord deze vraag in het hiernavolgende aan de hand van eerder over de Regeling gewezen jurisprudentie, naast jurisprudentie over de informatieplicht van de hulpverlener in brede(re) en civielrechtelijke zin.

De informatieplicht van de zorgaanbieder in de (algemene) jurisprudentie

Ik noem op deze plaats ten eerste het vonnis van de rechtbank Den Haag van 6 juni 2018.[3] Deze procedure was geïnitieerd door zorgverzekeraar Zilveren Kruis jegens twee ziekenhuizen. De vraag die in deze procedure werd beantwoord, was of en in hoeverre er voor een ziekenhuis óf een zorgverzekeraar een plicht bestond de patiënt te informeren (of: waarschuwen) over diens verzekering en de daarop gebaseerde vergoedingen. In deze zaak oordeelde de rechtbank dat artikel 38 en artikel 5 van de Regeling niet zó kon worden uitgelegd dat zorgaanbieders aan patiënten ook informatie moeten verstrekken over de vraag of de patiënt een deel van de behandeling zelf zal moeten betalen, *als de zorgaanbieder door de verzekeraars onvoldoende geëquipeerd is om die informatie gemakkelijk te traceren*. In dit geval was voor dit oordeel redengevend dat de in deze zaak betrokken zorgverzekeraar de ziekenhuizen geen *tools* ter beschikking had gesteld waarmee zij simpel de bewuste polisinformatie konden oproepen. De ziekenhuizen konden (en hoefden) *in dit geval* dus niet na te gaan welke polis de verzekerde precies had, om aan zijn informatieverplichting te kunnen voldoen. *In dit geval* kon dan ook van de ziekenhuizen niet meer verwacht worden dan dat zij in algemene zin patiënten hebben geïnformeerd.

De NZa lijkt het met dit oordeel niet helemaal eens te zijn geweest en heeft na het verschijnen van de uitspraak een persbericht doen uitgaan, waarin werd gemeld dat zorgaanbieders wat de NZa betreft, wel degelijk verplicht zijn om patiënten te informeren over de kosten van een behandeling en de vraag of een deel van de kosten door de patiënt zelf moet worden betaald.

De NZa wees er hierbij op dat een zorgaanbieder sinds 2016 in Vecozo kan terugvinden welke polis een patiënt heeft. Als de patiënt een deel van de kosten zelf moet betalen diende de zorgaanbieder de patiënt daar volgens de NZa actief op te wijzen. Zowel de zorgverzekeraar, de zorgaanbieder als de verzekerde zelf heeft daarin volgens de NZa een verantwoordelijkheid. De NZa maakt echter niet duidelijk hoe die verantwoordelijkheid onderling moet worden verdeeld.[4]

Toch heeft later, op 26 juni 2019, de Geschillencommissie Zorg geoordeeld dat op een zorgaanbieder (ziekenhuis) een beperktere informatieplicht rust.[5] De met deze bijdrage geannoteerde zaak doet aan deze uitspraak denken. Ook in deze zaak was namelijk een zogenoemde 'budgetpolis' aan de orde, waardoor door de in die zaak betrokken patiënt ook een eigen bijdrage was verschuldigd. De vraag lag voor of de zorgaanbieder – ook een ziekenhuis – de patiënt hierover voldoende had geïnformeerd. Volgens de Geschillencommissie Zorg was dat het geval. Hiertoe overwoog de Geschillencommissie dat bij de patiënt de verantwoordelijkheid berust om voorafgaand aan de behandeling te verifiëren of de zorgaanbieder met zijn zorgverzekeraar een contract voor de behandeling heeft afgesloten. Door het afsluiten van een budgetpolis tegen een lagere verzekeringspremie had de patiënt er volgens de Geschillencommissie voor gekozen dat bepaalde medische behandelingen slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen door de zorgverzekeraar worden vergoed. Van de patiënt mocht (dus) worden verwacht dat hij dit wist. Interessant is daarbij (ook) dat de patiënt ook in dit geval via de website van het ziekenhuis vooraf informatie had kunnen krijgen over de contractuele relatie tussen het ziekenhuis en zijn zorgverzekeraar en dat hij volgens de Geschillencommissie bij onduidelijkheid zijn zorgverzekeraar had kunnen raadplegen.

Een derde in dit verband te noemen uitspraak is een bindend advies van de Geschillencommissie Zorg van 22 maart 2018.[6] In deze uitspraak staat (ook) dat er enerzijds een informatieplicht van de zorgaanbieder bestaat om de patiënt over de behandeling en de daarmee verbonden aspecten te informeren maar dat er anderzijds ten aanzien van de dekking door de verzekering een eigen onderzoeksplicht op de patiënt rust om zich daarover, voorafgaande aan de behandeling, zo goed mogelijk te informeren. De Geschillencommissie heeft in dit geval geoordeeld dat op de (in dit geval betrokken) arts alleen de verplichting rust om de patiënt te informeren over de medische aspecten van de behandeling en de totale kosten ervan. Volgens de Geschillencommissie rust op de arts alleen de verplichting om de patiënt te informeren over de medische aspecten van de behandeling en de totale kosten ervan en gaat het te ver om van de arts te verwachten om ook informatie over de verzekering te geven. Volgens de Geschillencommissie zijn er immers veel verschillende verzekeringen en kan een zorgaanbieder, c.q. individuele arts, niet van alle regelingen op de hoogte zijn. Volgens

de Geschillencommissie valt informatie over de vergoeding door de verzekering niet onder de informatieverplichting van artikel 10 Wkkgz en ligt het op de weg van de patiënt om zich daarover zelf te informeren. Daarnaast volgt volgens de Geschillencommissie uit artikel 38 Wmg dat een zorgaanbieder de patiënt alleen hoeft te informeren over het in rekening te brengen tarief en niet over de vergoeding door de zorgverzekeraar.

Specifieke civielrechtelijke jurisprudentie

Beschikbare jurisprudentie van rechtbanken en gerechtshoven betreft verder vooral zaken waarin de discussie over de informatieplicht van de hulpverlener inzake de vergoeding van een behandeling zich afspeelt rondom de vraag of de patiënt gehouden is de desbetreffende behandeling aan de hulpverlener te vergoeden. In zijn algemeenheid is de patiënt, als opdrachtgever, op grond van artikel 7:451 BW namelijk loon verschuldigd aan zijn opdrachtnemer-hulpverlener.[7] Op grond daarvan oordeelde het gerechtshof Den Haag op 2 augustus 2016 dat de patiënt de rekening van de hulpverlener diende te vergoeden, (ook) omdat hij zelf verantwoordelijk was voor het vragen van voorafgaande toestemming van de zorgverzekeraar voor de behandeling. Dat hij dat niet had gedaan, was een risico dat voor rekening van de patiënt kwam en bleef.[8]

Ook noem ik een arrest van het gerechtshof 's-Hertogenbosch van 19 februari 2019, waarin de vraag centraal stond of de behandelingsovereenkomst zó mocht worden uitgelegd dat de patiënte inderdaad geen betalingsverplichting had.[9] Uit het in deze zaak gewezen eindarrest volgt dat de in die zaak betrokken patiënte een eigen onderzoeksplicht had omdat de betrokken artsen haar erover hadden geïnformeerd dat de kosten voor de door haar gewenste operatie mogelijk niet door haar zorgverzekeraar vergoed zouden worden.[10]

Een volgende te noemen zaak is die, die leidde tot het arrest van het gerechtshof 's-Hertogenbosch van 16 november 2021.[11] Ook in deze zaak werd door de patiënt betwist dat hij een betalingsverplichting had voor een door hem genoten behandeling. In dit geval werd een beroep op dwaling (en bedrog) gedaan. Dit beroep op dwaling werd, anders dan in de met deze bijdrage geannoteerde zaak, gehonoreerd. Beide partijen – hulpverlener en patiënt – waren namelijk in de veronderstelling geweest dat de behandeling zou worden vergoed door de zorgverzekeraar en hadden daarover gedwaald (art. 6:228 lid 1 aanhef en onder c BW). Als gevolg van het geslaagde beroep op dwaling werd de behandelingsovereenkomst vernietigd en bestond geen grondslag (meer) voor de vordering tot betaling van de hulpverlener.[12]

Een laatste interessante of relevante zaak is een vonnis van de rechtbank Rotterdam van 14

juli 2017.[13] Ook in deze zaak werd door de patiënt betwist dat er een betalingsverplichting voor een genoten behandeling bestond. Volgens de patiënt was de hulpverlener tekortgeschoten in zijn 'zorgplicht' (op grond van art. 7:453 BW). Door toedoen van de hulpverlener kon de patiënt in dit geval in de veronderstelling zijn dat zijn zorgverzekeraar de kosten voor de behandeling zou vergoeden. De hulpverlener had namelijk een begroting ter goedkeuring aan de zorgverzekeraar voorgelegd en was zich dus 'actief' met de zaak (meer in het bijzonder de vergoeding van de kosten) gaan bezighouden. De rechtbank overwoog hierbij dat het in beginsel niet de taak is van een hulpverlener om zich bezig te houden met de vraag of een bepaalde behandeling vergoed wordt door een zorgverzekeraar, maar als deze dat dus wél doet, dan moet dit goed gedaan worden en moet de patiënt daarover gedegen worden geïnformeerd. Dat was in dit geval niet gebeurd. Omdat de patiënt volgens de rechtbank wel óók een eigen onderzoeksplicht naar de vergoeding van zijn behandeling heeft, luidde de slotsom – op grond van artikel 6:74 jo. artikel 6:101 BW – dat voor de patiënt een gereduceerde betalingsverplichting jegens de hulpverlener bestond.

Beschouwing en slot

De zorgaanbieder of hulpverlener – zoals het ziekenhuis – heeft een informatieplicht jegens de patiënt. De patiënt moet op grond van artikel 7:448 BW en artikel 10 Wkkgz onder meer worden geïnformeerd over de kosten voor de door hem genoten behandeling, c.q. de aan hem verleende zorg. Uit artikel 38 Wmg, in samenhang gelezen met de Regeling van de NZa (en toelichting daarop), lijkt daarbij te volgen dat de patiënt óók moet worden geïnformeerd over een eventueel te betalen eigen bijdrage. Voor zover dit echter, aldus de toelichting bij de Regeling, mogelijk is.

Of van een zorgaanbieder – zoals een ziekenhuis – nu daadwerkelijk mag worden verwacht dat hij de patiënt actief informeert over de daadwerkelijke hoogte van de door de patiënt te betalen eigen bijdrage, volgt niet uit artikel 7:448 BW, artikel 10 Wkkgz en artikel 38 Wmg (of de Regeling). Uit de hiervoor besproken jurisprudentie kan naar mijn mening echter worden geconcludeerd dat op een zorgaanbieder (hulpverlener) een dergelijke specifieke informatieplicht niet rust. Dit juist ook, omdat op de patiënt hoe dan ook óók een eigen onderzoeksplicht rust, welke onderzoeksplicht maakt dat de patiënt zelf moet onderzoeken – en soms gewoon moet weten, zeker als hij een 'budgetpolis' heeft – dat een eigen bijdrage verschuldigd is of kan zijn.

Uit de besproken jurisprudentie is ook te concluderen dat de zorgaanbieder hierbij natuurlijk wel moet informeren over met welke zorgverzekeraars – en welke aan die zorgverzekeraars verbonden 'labels' – wel en geen contract is gesloten. Daarnaast dient een zorgaanbieder geen (onterechte) verwachtingen bij de patiënt te scheppen over een eventuele (volledige)

vergoeding. Maar van een zorgaanbieder, en ook van een individuele arts, kan (ook) volgens de jurisprudentie niet worden verwacht dat deze per patiënt en per ingreep kan informeren over de te betalen eigen bijdrage.

De uit de jurisprudentie volgende redenering en conclusie komt wat mij betreft neer op een wenselijke uitleg van met name artikel 4 lid 5 van de Regeling. Een andere conclusie of ander uitgangspunt zou wat mij betreft praktisch onuitvoerbaar zijn. De administratieve afdeling van het ziekenhuis met een dergelijke (uitgebreide) informatieplicht belasten – en dus Vecozo laten ‘doorspitten, zoals de NZa in 2018 lijkt te hebben geopperd – lijkt mij gezien alleen al de daaraan te besteden tijd praktisch onuitvoerbaar. Dit, daargelaten de vraag of deze administratief medewerkers wel zonder toestemming van de patiënt bevoegd zijn kennis te nemen van medische informatie over die patiënt. Het is daarnaast maar de vraag of in een instelling, zoals een ziekenhuis, ingeregeld kan worden dat elke individuele arts in Vecozo kan nagaan welke polis de patiënt heeft en vervolgens te bewerkstelligen dat die arts ‘maar weet’ wat de desbetreffende polis voor de mogelijk te betalen eigen bijdrage betekent. Het lijkt mij bovendien dat de daarmee gemoeide (behandel)tijd beter kan worden besteed.

mr. J.M. de Vries

[1] R.P. Wijne, *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade*, Den Haag: Boom Juridisch 2021, p. 246-247.

[2] Regeling transparantie zorgaanbieders TH/NR-018 (PUC_301152_22).

[3] Rb. Den Haag 6 juni 2018, ECLI:NL:RBDHA:2018:6611 (*GZR Updates* 2018-0296 met noot M.F. van der Mersch).

[4] Zie daarover de noot van M.F. van der Mersch bij *GZR Updates* 2018-0296.

[5] Geschillencommissie Zorg (Ziekenhuizen) 26 juni 2019, kenmerk 122800.

[6] Geschillencommissie Zorg (Ziekenhuizen) 22 maart 2018, kenmerk 114169.

[7] Welk loon natuurlijk veelal zal worden vergoed door de zorgverzekeraar, zie ook R.P. Wijne, *Aansprakelijkheid voor zorggerelateerde schade*, Den Haag: Boom Juridisch 2021, p. 214.

[8] Hof Den Haag 2 augustus 2016, ECLI:NL:GHDHA:2016:2241 (*GZR Updates* 2016-0325, met noot van B.A. van Schelven).

[9] Hof 's-Hertogenbosch 12 juni 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:2545 (r.o. 3.6.6).

[10] Hof 's-Hertogenbosch 19 februari 2019, ECLI:NL:GHSHE:2019:563 (*GZR Updates* 2019-0052).

[11] Hof 's-Hertogenbosch 16 november 2021, ECLI:NL:GHSHE:2021:3417 (*GZR Updates* 2021-0311).

[12] Zie over een mogelijk beroep op dwaling ook de noot van B.A. van Schelven bij Hof Den Haag 2 augustus 2016, ECLI:NL:GHDHA:2016:2241 (*GZR updates* 2016-0325).

[13] Rb. Rotterdam 14 juli 2017, ECLI:NL:RBROT:2017:6459.

RECHTSPRAAK

Klacht tegen deskundige (tandarts) wordt in beroep bij het CTG alsnog ongegrond verklaard, omdat het onderzoek volgens het CTG wel de tuchtrechtelijke toets der kritiek doorstaat.

Het RTG heeft in eerste aanleg geoordeeld dat de door de tandarts (in de hoedanigheid van deskundige/rapporteur) opgestelde rapportage niet aan de daaraan te stellen eisen voldoet ten aanzien van de deskundigheid van de rapporteur en het – ten onrechte – niet vermelden van de geraadpleegde bronnen. Aan de tandarts is de maatregel van een waarschuwing opgelegd. Het CTG ziet dat anders en verklaart de klacht alsnog ongegrond. Het CTG deelt onder andere de stelling van de tandarts dat het uitgangspunt behoort te zijn dat het tuchtcollege uitgaat van de deskundigheid en bekwaamheid van een rapporteur, tenzij er concrete aanwijzingen zijn om daaraan te twijfelen. In dit geval is niet gebleken dat de tandarts buiten de grenzen van haar deskundigheid is getreden. Daarnaast hoefde in dit geval de tandarts in haar rapport geen melding te maken van eventuele bronnen waarop het berust, aldus het CTG.

Feiten

Klaagster heeft in 2014 verschillende tandheelkundige ingrepen ondergaan bij haar eigen tandarts. Zij is vervolgens ook gezien door een kaakchirurg. Klaagster is van mening dat tijdens de tandheelkundige ingrepen fouten zijn gemaakt. Om dit te laten onderzoeken en om de aansprakelijkheid voor gemaakte fouten vast te laten stellen, heeft klagster haar rechtsbijstandsverzekeraar (hierna: de verzekeraar) ingeschakeld. De verzekeraar heeft hierop verweerster, tandheelkundig adviseur in onder meer letselschadezaken, geraadpleegd en haar een aantal vragen gesteld over het handelen van de tandarts van klagster en de kaakchirurg.

Verweerster heeft een rapport opgesteld waarin zij de vragen van de verzekeraar beantwoordt en advies geeft in deze tandheelkundige kwestie, waarin de aansprakelijkheid (nog) niet was erkend. In haar rapport komt zij tot de conclusie dat de aansprakelijkheid niet bij de tandarts of bij de kaakchirurg kan worden gelegd.

Klacht

Klaagster verwijt verweerster dat haar rapport onzorgvuldig en ondeskundig is. Zij is het niet eens met de conclusie van het rapport.

Verweerster stelt dat klaagster niet-ontvankelijk is, omdat haar klacht onvoldoende onderbouwd en onduidelijk is. Volgens verweerster voldoet het klaagschrift niet aan de daaraan te stellen eisen. Daarnaast heeft verweerster de klacht ook inhoudelijk bestreden.

Oordeel RTG

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag (RTG) oordeelt dat klaagster kan worden ontvangen in haar klacht. Het RTG is van oordeel dat uit de klacht voldoende blijkt wat klaagster verweerster verwijt, namelijk het opmaken van een onzorgvuldig en ondeskundig rapport. Daarnaast is klaagster het niet eens met de conclusie van het rapport.

Bij de beoordeling van de vraag of een deskundigenadvies of -rapport van een arts voldoet aan de daaraan te stellen eisen, worden naar vaste rechtspraak de volgende criteria in aanmerking genomen:

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

Het RTG toetst ten volle of het onderzoek door de arts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot die

conclusie heeft kunnen komen.

Het RTG concludeert dat het rapport van verweerster niet voldoet aan criterium 4 en criterium 5.

Ten aanzien van criterium 4 – deskundigheid van de rapporteur

Het RTG is van oordeel dat het rapport niet aan criterium 4 voldoet. Verweerster is geen tandarts-implantoloog of kaakchirurg (geweest), noch heeft zij eigen recente werkervaring op de onderwerpen waarover zij heeft gerapporteerd, nu zij sinds 1998 niet meer werkzaam is als ‘reguliere’ tandarts, maar als tandarts ten behoeve van slaapproblematiek en orthodontie. Het RTG overweegt dat het niet per definitie onjuist is om als (basis)tandarts als deskundige te adviseren in implantologische of kaakchirurgische kwesties, maar in deze kwestie heeft zij in ieder geval voor wat betreft de implantologie de kennis niet en heeft zij deze extern (bij haar echtgenoot die tandarts-implantoloog is en uit de literatuur) moeten vergaren. Daarbij heeft verweerster verzuimd in het rapport te verwijzen naar de door haar geconsulteerde personen en schriftelijke bronnen. Zij heeft het rapport enkel zelf ondertekend, waardoor het lijkt of het rapport alleen op basis van haar inzichten tot stand is gekomen. Het was – aldus het RTG – zuiver geweest als verweerster ofwel bij de verzekeraar had aangegeven dat zij zichzelf niet voldoende deskundig achtte om een dergelijk rapport op te stellen, ofwel in het rapport had vermeld dat zij haar echtgenoot/een tandarts-implantoloog had geconsulteerd.

Ten aanzien van criterium 4 – bronvermelding

In lijn met hetgeen overwogen onder criterium 4, is het RTG van oordeel dat het rapport onvoldoende toetsbaar en volledig is, nu verweerster niet heeft benoemd welke bronnen alsmede welke literatuur zij heeft geraadpleegd. Evenmin heeft verweerster in het rapport vermeld dat zij de kennis van haar echtgenoot als input voor het rapport heeft gebruikt.

Anders dan klagster heeft gesteld overweegt het RTG ten slotte dat het – mede in het licht van de terughoudende toets die op dit punt moet worden aangelegd – niet heeft kunnen vaststellen dat de conclusies van het rapport inhoudelijk onjuist of onverdedigbaar zijn.

Concluderend verklaart het RTG de klacht gegrond en legt het tuchtcollege aan verweerster de maatregel van een waarschuwing op.

Oordeel CTG

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) stelt voorop dat vaststaat dat het RTG niet heeft kunnen vaststellen dat de conclusies van verweerster in eerste aanleg (hierna: de tandarts) in haar rapport inhoudelijk onjuist of onverdedigbaar zouden zijn. Tegen dit

oordeel is immers geen grief gericht.

Door te oordelen dat de tandarts niet beschikt over voldoende deskundigheid om in de situatie van klaagster te rapporteren, is het RTG naar de mening van de tandarts buiten de grenzen van het geschil getreden. Volgens de tandarts ziet de klacht op de inhoud van het rapport en niet op de persoon van de rapporteur. Het CTG oordeelt dat hiervan geen sprake is. In het klaagschrift wordt niet alleen de inhoud van het rapport in twijfel getrokken, maar wordt ook – weliswaar summier – over de deskundigheid van de tandarts op het gebied van implantologie geklaagd. Het CTG is in dit kader bovendien van oordeel dat waar het gaat om de deskundigheid van de totstandkoming van een rapport, dit niet los gezien kan worden van de deskundigheid van de tandarts.

Het CTG stelt vervolgens vast dat het RTG heeft geoordeeld dat het rapport van de tandarts niet voldoet aan de criteria 4 en 5, waar een rapportage volgens vaste rechtspraak wel aan dient te voldoen. Het CTG zal deze criteria in beroep opnieuw beoordelen.

Ten aanzien van criterium 5 – deskundigheid van de rapporteur

Het CTG onderschrijft het oordeel van het RTG dat het niet per definitie onjuist is om als (basis)tandarts als deskundige te adviseren in implantologische of kaakchirurgische kwesties en overweegt dat dit in de praktijk ook veelvuldig voorkomt. Anders dan het RTG is het CTG echter van oordeel dat de vraagstelling valt binnen de deskundigheid van de tandarts, gelet op haar voorgeschiedenis en lange ervaring in het vakgebied. Daarbij deelt het CTG de stelling van de tandarts dat uitgangspunt behoort te zijn dat het tuchtcollege uitgaat van de deskundigheid en bekwaamheid van een rapporteur, tenzij er concrete aanwijzingen zijn om daar aan te twifelen. Dergelijke aanwijzingen zijn in de onderhavige klachtprocedure niet gebleken. Nu de tandarts in deze specifieke situatie niet buiten haar deskundigheid heeft gerapporteerd, kan het CTG niet vaststellen dat de tandarts tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door haar advies uit te brengen.

Ten aanzien van criterium 4 – bronvermelding

Het CTG overweegt dat het opnemen van een bronvermelding afhankelijk is van de aard en de inhoud van een advies. Bronvermelding is bijvoorbeeld geen vereiste indien een rapport feitelijke informatie bevat of een advies gebaseerd op algemeen bekend veronderstelde (basis)kennis, waar in de onderhavige zaak sprake van was. Evenmin behoeven informele professionele consultaties vermeld te worden. Dat de tandarts tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door een bronvermelding achterwege te laten, is het CTG dan ook niet gebleken.

Het CTG overweegt dat aldus niet is gebleken dat de tandarts buiten de grenzen van haar deskundigheid is getreden en dat de tandarts in haar rapport in dit geval geen melding hoefde te maken van eventuele bronnen waarop het berust. Dit leidt tot het oordeel dat het onderzoek van de arts de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan.

Het CTG vernietigt de beslissing en verklaart de klacht alsnog ongegrond, waarmee de maatregel van waarschuwing komt te vervallen.

mr. K.S. Waldron

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 26-10-2022

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2022:169

Zaaknummer: C2022/1290

Advocaten: O.L. Nunes

Wetsartikelen: 47 lid 1 sub b Wet BIG

RECHTSPRAAK

Kort geding: medisch specialist vordert het onderzoek naar zijn functioneren onmiddellijk stop te zetten, dan wel te verbieden (nader) onderzoek te verrichten naar zijn functioneren, op straffe van verbeurte van een dwangsom.

In kort geding vordert een medisch specialist het onderzoek naar zijn functioneren volgens het Reglement Functioneringsvraag onmiddellijk stop te zetten, dan wel te verbieden (nader) onderzoek te verrichten naar zijn functioneren, op straffe van verbeurte van een dwangsom. Alles wordt afgewezen.

Feiten

Eiser is sedert juni 2016 op basis van een arbeidsovereenkomst werkzaam als medisch specialist in het ziekenhuis en lid van de vakgroep H, die gevormd wordt door een zestal medisch specialisten. Tot medio juni 2021 was hij voorzitter van de vakgroep. Begin 2021 heeft de raad van bestuur opdracht gegeven om onderzoek te doen naar het functioneren van de vakgroep. De onderzoeker komt tot de conclusie dat, zonder ingrijpen, het voortbestaan van de afdeling van het ziekenhuis onder druk staat.

Uit een e-mail van 9 juli 2021 blijkt onder andere dat de vakgroep H een verbeterplan zal opstellen. Ook blijkt dat eiser gevraagd is terug te treden als vakgroepvoorzitter. Het verbeterplan zal verbetervoorstellen bevatten en er zal expliciet worden gemaakt welke verbeteracties structureel gemonitord moeten/zullen worden en hoe dit zal worden gedaan. In augustus 2021 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen eiser enerzijds en anderzijds een vertegenwoordiger van het Stafbestuur, de medisch manager en de advocaat van het ziekenhuis. In het verslag van dit gesprek staat onder meer het volgende: 'Aanleiding van dit gesprek is de eerste rapportage aan het bestuursberaad aangaande het verbeterplan, de rol van eiser daarin en signalen naar aanleiding van een drietal casus waar eiser bij betrokken is geweest. Doel van dit gesprek is met eiser de signalen te bespreken die zijn gegeven naar aanleiding van deze casus.'

De conclusie na het gesprek is dat het verbetertraject niet het gewenste resultaat heeft en dat ook niet zal gaan hebben als de situatie voortduurt. Er is geen aanleiding om te denken dat de input van beide medisch specialisten zal verbeteren.

De eindconclusie van de onderzoeker is dat onder deze omstandigheden van zijn inspanningen geen verdere verbetering te verwachten valt en daarom geeft hij zijn opdracht terug. Zolang eiser en (...) hier zitten heeft het verbetertraject waarin hem is verzocht de vakgroep te begeleiden geen kans van slagen.

Daarna wordt een externe deskundige, vakgenoot van eiser, gevraagd zijn mening te geven over de redenen waarom het verbetertraject moeilijk van grond komt bij eiser. Deze geeft aan dat eiser niet meewerkt aan het onderdeel van het verbeterplan om complicaties te bespreken en geeft verder aan hoe het traject loopt. Omdat het traject niet goed loopt, geeft ook de externe deskundige de opdracht tot het begeleiden van het verbetertraject terug. De belangrijkste reden is dat twee personen het verbetertraject structureel ondermijnen. Zolang deze personen aanwezig zijn, heeft het verbetertraject geen kans van slagen. Eiser is een van die personen.

Tijdens een gesprek op 2 maart 2022 heeft de raad van bestuur eiser te kennen gegeven de arbeidsovereenkomst te willen beëindigen door middel van een vaststellingsovereenkomst. Zo niet tot een vergelijk zou kunnen worden gekomen, heeft de raad van bestuur het voornemen uitgesproken een melding disfunctioneren te willen doen op grond van het Reglement disfunctioneren. Nadat eiser te kennen heeft gegeven niet mee te willen werken aan een vertrekregeling is hem een conceptmelding toegezonden. Op 23 maart 2022 heeft opnieuw een gesprek plaatsgevonden, waarna op 28 maart 2022 een (formele) melding is gedaan met het verzoek een commissie van onderzoek ad hoc in te stellen, met als opdracht de ontvankelijkheid van deze melding te beoordelen, zoals bedoeld in artikel 3.3 van het Reglement Functioneringsvraag.

In de melding is onder meer opgenomen: 'Het voortbestaan van het Hartcentrum was en is nu wederom in gevaar. Dat was reeds de conclusie van de onderzoeker. Het verbetertraject van de vakgroep H is ingezet als uiterste poging om het Hartcentrum te behouden. Dat dit traject nu is stopgezet omdat zowel de trekker van het verbetertraject binnen de vakgroep, als de coördinator geen perspectief meer ziet door onder andere het gedrag van eiser is zeer zorgelijk en brengt daarmee direct het sluiten van het Hartcentrum weer op de agenda. Gelet op het voorgaande zijn er serieuze aanwijzingen waaruit kan worden afgeleid dat sprake is van een structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties en/of onverantwoorde zorgverlening, waardoor patiënten worden geschaad en/ of het risico lopen te worden geschaad in de zin van artikel 2.1 van het Reglement Functioneringsvraag. Eiser is niet (meer)

in staat of bereid de problemen zelf op te lossen.' Daarom acht de raad van bestuur een onderzoek naar het functioneren van eiser vereist.

De commissie van vooronderzoek ad hoc heeft eiser uitgenodigd voor een tweetal gesprekken. Eiser heeft tijdens het eerste gesprek verstek laten gaan. Van het tweede gesprek is aan eiser een verslag toegezonden. In het definitieve oordeel van de commissie van vooronderzoek staat onder andere: 'De commissie stelt vast dat geen van de in artikel 3.6 omschreven omstandigheden zich voordoen en dat de melding niet hierom niet-ontvankelijk hoeft te worden verklaard. Wat betreft het laatste punt van artikel 3.6 heeft de commissie vastgesteld dat een interne verbetercyclus zoals bedoeld in artikel 1.3 niet is doorlopen, maar dat voldaan is aan het artikel 1.4. De commissie komt tot het oordeel dat aan artikel 1.4 is voldaan omdat inzake het functioneren van eiser een gesprek heeft plaatsgevonden tussen betrokken specialist, de voorzitter van de raad van bestuur, een lid van het Stafbestuur en een collega medisch specialist uit het hartcentrum. Verder wordt de naam van eiser, naast de naam van een ander expliciet genoemd in de argumenten die de deskundige formuleert bij het neerleggen van zijn functie in het kader van het verbetertraject van de vakgroep.'

Vervolgens heeft de commissie onderzocht of er sprake is van een serieuze aanwijzing als bedoeld in artikel 2.1. Aan elke individuele gesprekspartner is de gesloten vraag gesteld of naar de mening van de betreffende persoon een onderzoek zou moeten worden ingesteld naar het functioneren van eiser. Het overgrote deel van de gesprekspartners antwoordt daarop 'ja'. Op grond van haar bevindingen komt de commissie tot het oordeel dat er sprake is van serieuze aanwijzingen zoals bedoeld in artikel 2.1. De Commissie van Vooronderzoek komt tot het oordeel dat de melding ontvankelijk is.

Eiser verzet zich tegen het oordeel dat de melding ontvankelijk is. Hij vindt dat de commissie van vooronderzoek niet tot dat oordeel heeft kunnen komen. Het Scheidsgerecht bespreekt die redenen. Het functioneren van eiser als medisch specialist en als lid van de vakgroep H staat dus niet centraal in dit kort geding, zoals eiser zelf ook terecht tot uitgangspunt neemt; het gaat uitsluitend om het ontvankelijkheidsoordeel.

Oordeel

Bij de beoordeling van de beslissing van de commissie van vooronderzoek dient vooropgesteld te worden dat de commissie bij de beoordeling van de ontvankelijkheid van de melder in diens melding, de normen die daarvoor zijn geformuleerd in het Reglement Functioneringsvraag dient toe te passen. Het gaat bij de beoordeling van de ontvankelijkheid om een weging van feiten en omstandigheden. Conform het reglement wordt voor deze beoordeling een uit deskundigen – namelijk: drie leden uit de medische staf – bestaande

commissie van vooronderzoek benoemd. Deze commissie dient onafhankelijk en onpartijdig te oordelen. Onder deze omstandigheden kan het ontvankelijkheidsoordeel van de commissie slechts dan de toets der kritiek niet doorstaan, wanneer de commissie in redelijkheid niet tot dit oordeel heeft kunnen komen. Het Scheidsgerecht wijst de vordering van eiser af en het door hem gewenste verbod wordt niet aan verweerder opgelegd. De motivering van die afwijzing, aan de hand van de door eiser geformuleerde bezwaren, luidt als volgt.

Eiser wijst erop dat de raad van bestuur aan de commissie van vooronderzoek in de melding heeft kenbaar gemaakt dat hij heeft voorgesteld de arbeidsovereenkomst te beëindigen met een vaststellingsovereenkomst (vso). Eiser vindt dat niet juist en meent – als het Scheidsgerecht hem goed begrijpt – dat de raad van bestuur de commissie daardoor heeft beïnvloed. In haar motivering heeft de commissie niet betrokken dat de raad van bestuur eiser eerder het aangaan van een vso als optie heeft voorgelegd. Niets in de motivering van de commissie wijst erop dat zij zich bij de totstandkoming van haar oordeel (mede) heeft laten leiden door de omstandigheid dat de raad van bestuur kennelijk al voor het doen van de melding de tijd rijp vond afscheid te nemen van eiser.

Volgens artikel 3.6 van het Reglement Functioneringsvraag diende de commissie de vraag (verplicht) niet-ontvankelijk te verklaren in de melding als niet aan alle, onder 2.12 geciteerde, eisen is voldaan. De commissie heeft – zonder deze eisen stap voor stap in haar beoordeling te betrekken – geoordeeld dat aan die eisen was voldaan. Eiser stelt dat de melding geen betrekking heeft op individueel disfunctioneren, en onvoldoende concreet en niet gemotiveerd is. Het Scheidsgerecht is van oordeel dat de commissie in redelijkheid de conclusie heeft kunnen trekken dat aan de eisen als bedoeld in artikel 3.6 van het Reglement was voldaan. De melding ging onmiskenbaar uit van (aanwijzingen van) individueel disfunctioneren van eiser. In de melding wordt gesproken over aanwijzingen van 'een structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties en/of onverantwoorde zorgverlening' bij eiser. Dit is aangevoerd tegen de achtergrond van de problemen bij de vakgroep waarvan eiser deel uitmaakt en waarvoor een verbetertraject was ingezet. Er bestonden aanwijzingen dat eiser zich aan dat traject niet voldoende committeerde. Gelet op de uitgangspunten zoals deze in het Reglement zijn geformuleerd ('de Medisch specialist is (mede) verantwoordelijk voor de kwaliteit van zijn werkzaamheden, voor een goed functioneren van hem/haarzelf en zijn directe omgeving (Vakgroep) ...') heeft de commissie kunnen menen dat er van 'serieuze aanwijzingen' van individueel disfunctioneren sprake was.

Niet gezegd kan worden dat de melding onvoldoende concreet of niet gemotiveerd was. In de melding wordt gewezen op de bevindingen van externen, die meenden dat gedragingen van (onder meer) eiser een storende factor vormden in het verbetertraject, en dat deze bevindingen door anderen werden ondersteund. Het is duidelijk dat eiser het niet eens is met

deze bevindingen en dat hij van mening is dat hij zich loyaal heeft opgesteld in het verbetertraject, maar dat dit niet is waar het nu om gaat. Nu is slechts aan de orde of er voldoende houvast is voor het instellen van een onderzoek, en dat daarvan sprake is heeft de commissie in redelijkheid kunnen oordelen.

Eiser meent dat het feit dat niet eerst, voorafgaand aan de melding, een 'interne cyclus' is doorlopen ter verbetering van het (gesteld niet aan de maat zijnde) functioneren van eiser had moeten leiden tot niet-ontvankelijkheid van de melding op grond van het bepaalde in artikel 1.3 van het Reglement. De commissie heeft vastgesteld dat een dergelijke cyclus niet heeft plaatsgevonden, maar is tot het oordeel gekomen dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 1.4 van het Reglement. De commissie oordeelde dat in dit geval sprake was van serieuze aanwijzingen dat eiser zich bevindt in een (veelal) structurele situatie van tekortschietende beroepscompetenties of onverantwoorde zorgverlening, waardoor patiënten worden geschaad of het risico lopen te worden geschaad en eiser niet (meer) in staat is of bereid is zelf problemen op te lossen. Daarbij heeft de commissie kennelijk groot gewicht toegekend aan de argumenten die de externen hanteerden om hun opdracht terug te geven.

Ook heeft de commissie gewicht toegekend aan 'het standpunt van verschillende gesprekspartners'. Het Scheidsgerecht begrijpt dat eiser met deze gang van zaken moeite heeft omdat hij niet op de hoogte was met wie gesproken zou worden en dat de exacte inhoud van de gesprekken niet met hem is gedeeld. Niettemin kan, naar het oordeel van het Scheidsgerecht, dit oordeel van de commissie door de beugel als beseft wordt dat het hier nog slechts gaat om de vraag óf een onderzoek wordt ingesteld (in zijn melding ontvangen kan worden). Dat geen sprake is geweest van inachtneming van het beginsel van hoor en wederhoor, zoals eiser stelt, volgt het Scheidsgerecht niet. Eiser is in de gelegenheid gesteld tot tweemaal toe een gesprek te voeren met de commissie naar aanleiding van de melding; eiser heeft zich beperkt tot één gesprek. Eiser heeft de gelegenheid gekregen op het concept van het oordeel van de commissie van vooronderzoek te reageren, van welke gelegenheid hij gebruik heeft gemaakt. De commissie van vooronderzoek maakt er in haar oordeel melding van dat die reactie is meegenomen bij de vaststelling van het definitieve oordeel. Het voert in het stadium van de ontvankelijkheidsbeoordeling te ver van de commissie te verlangen dat eiser wordt geïnformeerd over de inhoud van elk gevoerd gesprek en dat hij de gelegenheid krijgt op de inhoud van elk gesprek te kunnen reageren. Het beginsel van hoor en wederhoor strekt er, in dit stadium, toe dat de commissie van vooronderzoek de betrokkene hoort over de melding en de gronden daarvan en diens zienswijze meeweegt. Dat is hier gebeurd.

De commissie heeft verder geoordeeld dat voldaan is aan de eis dat ten minste eenmaal voorafgaand aan de melding met degene die de melding betreft een gesprek is gevoerd over – kort gezegd – de gestelde aanwijzingen. Het gesprek waarop de commissie doelt is het gesprek

dat plaatsvond op 9 augustus 2021. Eiser is van mening dat dit gesprek niet kan worden gezien als een gesprek dat op grond van het bepaalde in artikel 2.4 van het Reglement vereist is. Het Scheidsgerecht volgt eiser daarin niet. Weliswaar heeft dit gesprek niet expliciet de status gekregen van een gesprek waarin het functioneren van eiser specifiek en kritisch onder de loep zou worden genomen, wel is duidelijk dat het gesprek is gevoerd naar aanleiding van een 'signaal' dat toch moeilijk anders door eiser kon worden begrepen dan als een signaal dat er kritische geluiden waren over zijn functioneren in het licht van het verbetertraject. Hoewel eiser nagegeven moet worden dat op dit punt een duidelijker boodschap, uitmondend in een heldere conclusie ten aanzien van het gewenste functioneren van eiser passend zou zijn geweest, kan de conclusie van de commissie dat voldaan is aan het vereiste in artikel 2.4 door de beugel.

De omstandigheid dat de commissie eiser (slechts) in de gelegenheid heeft gesteld zijn visie in een gesprek, dus mondeling, naar voren te brengen, acht het Scheidsgerecht niet bezwaarlijk. Het Reglement dwingt er niet toe dit op een andere wijze te laten plaatsvinden. Verder kan niet in redelijkheid worden gezegd dat het mondeling horen van betrokkene inadequaaf is, mits van het gesprek dat is gevoerd een verslag is opgesteld, zoals hier het geval is. Uit het voorgaande volgt dat het oordeel van de commissie in stand kan blijven. Het Scheidsgerecht begrijpt dat eiser alleen al het feit dat een onderzoek plaatsvindt als beschadigend kan ervaren. Tegelijkertijd moet eiser zich realiseren dat het mede de verantwoordelijkheid van verweester is goede zorg te bieden en dat verweester niet kan stilzitten als er in haar ogen 'aanwijzingen' zijn dat het bieden van goede zorg in het gedrang komt. Het onderzoek dat, nu het oordeel over de ontvankelijkheid in stand blijft, zal kunnen plaatsvinden zal moeten uitwijzen in hoeverre die aanwijzingen gegrond zijn.

Eiser kan er aanspraak op maken dat het onderzoek zorgvuldig verloopt conform de in het Reglement vastgestelde procedure, het beginsel van hoor en wederhoor strikt en tijdig in acht zal worden genomen ten aanzien van alle voor de beoordeling relevante informatie, en de commissie van onderzoek ad hoc onpartijdig en onbevooroordeeld een oordeel velt.

De vorderingen worden afgewezen.

mr. C.W.M. Verberne

Instantie: Scheidsgerecht Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 01-07-2022

Zaaknummer: KG 22/06

RECHTSPRAAK

Klacht tegen medisch adviseur (arts) van een zorgverzekeraar deels niet-ontvankelijk, deels ongegrond.

Klager is onder behandeling (geweest) bij een psychotherapeut, die in deze procedure optreedt als gemachtigde van klager. De zorgverzekeraar van klager heeft – op grond van de bevindingen van verweerder – besloten bepaalde interventies niet langer te vergoeden en reeds betaalde vergoedingen terug te vorderen van de psychotherapeut. Hierop is klager gestopt met de behandeling door de psychotherapeut. Het verwijt dat zeer ten nadele van klager is geoordeeld over zijn behandeling wordt ongegrond verklaard, nu het ‘doelmatig-criterium’ niet ziet op het effect van de behandeling op klager, maar ziet op de bewezen algemene werkzaamheid. Het verwijt dat ziet op het met terugwerkende kracht ondoelmatig verklaren van afgesloten behandelingen wordt niet-ontvankelijk verklaard in verband met het ontbreken van een relatie tussen voornoemd handelen van verweerder en de individuele gezondheidszorg, hetgeen noodzakelijk is voor een toets aan de tweede tuchtnorm. Ten slotte wordt verweerder – ondanks dat hij geen psychotherapeut is – bevoegd en voldoende bekwaam geacht om de controles voortvloeiende uit artikel 87 Zorgverzekeringswet te verrichten.

Feiten

Klager is vanaf 2016 in behandeling geweest bij een psychotherapeut (verder: de psychotherapeut). De psychotherapeut treedt in deze procedure op als de gemachtigde van klager.

De zorgverzekeraar van klager heeft op 4 juni 2020 een klacht ontvangen van de

psychotherapeut. Een andere cliënt van de psychotherapeut had een vergoeding door de zorgverzekeraar betreffende een declaratie van de psychotherapeut, niet aan de psychotherapeut doorbetaald. Naar aanleiding van deze klacht heeft de zorgverzekeraar de betreffende declaratie nader onderzocht en de website van de psychotherapeut bekeken. Dit vormde aanleiding om de psychotherapeut vragen te stellen over diens declaraties. De beantwoording van deze vragen door de psychotherapeut heeft geleid tot de conclusie van een (andere) medisch adviseur van de zorgverzekeraar dat de door de psychotherapeut bij klager toegepaste behandeling niet evidencebased is, ofwel niet voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

Vervolgens heeft de zorgverzekeraar een materiële controle van de rechtmatigheid en doelmatigheid van de door de psychotherapeut geleverde zorg en ingediende declaraties aangekondigd en uitgevoerd. Op 21 oktober 2020 is door de zorgverzekeraar aan de psychotherapeut meegedeeld dat de door hem toegepaste behandelingen niet zonder meer door de zorgverzekeraar vergoed konden worden. Er werd een detailcontrole gestart, waarbij de zorgverzekeraar opnieuw vragen heeft gesteld aan de psychotherapeut en gegevens heeft opgevraagd. In dit verband heeft de psychotherapeut aan de zorgverzekeraar ook gegevens over de behandeling van klager verstrekt.

Verweerder is als medisch adviseur verbonden aan de zorgverzekeraar en heeft in deze hoedanigheid de van de psychotherapeut verkregen informatie beoordeeld. Op basis van die beoordeling heeft de zorgverzekeraar op 23 april 2021 aan de psychotherapeut meegedeeld dat de door hem bij onder anderen klager toegepaste interventies niet bewezen effectief (evidencebased) en niet doelmatig zijn. De interventies komen niet voor op de lijst van het Zorginstituut Nederland (zoals uitgewerkt door Zorgverzekeraars Nederland). Op grond van deze bevindingen heeft de zorgverzekeraar besloten deze interventies niet langer te vergoeden en reeds betaalde vergoedingen terug te vorderen van de psychotherapeut. Hiervan is ook mededeling gedaan aan klager, die vervolgens is gestopt met de behandeling door de psychotherapeut, omdat hij deze voortaan zelf zou moeten betalen.

Klacht

Klager verwijt verweerder dat hij:

op bureaucratische wijze zeer ten nadele van de cliënt (klager) heeft geoordeeld over en heeft ingegrepen in de lopende behandeling, zonder klager te hebben gezien of anderszins rechtstreeks met klager contact te hebben gehad;
met terugwerkende kracht afgesloten behandelingen ondoelmatig heeft verklaard;

niet de bevoegdheid en de bekwaamheid heeft om te oordelen over en in te grijpen in een psychotherapeutische behandeling.

Verweerder merkt de psychotherapeut (de gemachtigde van klager) mede als klager aan. Verweerder heeft het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) primair verzocht klagers niet-ontvankelijk te verklaren, omdat zij met deze klacht misbruik maken van het tuchtrecht.

Subsidiair stelt verweerder dat het RTG de klacht (kennelijk) ongegrond moet verklaren, omdat de verwijten niet zijn onderbouwd.

Meer subsidiair stelt verweerder dat het zijn werk is om in opdracht van de zorgverzekeraar onder andere psychotherapeutische behandelingen te beoordelen, eerst op rechtmatigheid en zo nodig ook op doelmatigheid. Dat het effect van zijn beoordeling een advies kan zijn waardoor de zorgverzekeraar besluit bepaalde behandelingen niet langer te vergoeden en reeds betaalde vergoedingen terug te vorderen, waardoor een cliënt kan besluiten van verdere behandeling af te zien, kan verweerder niet worden verweten.

Oordeel

Het RTG te Eindhoven overweegt ten aanzien van het primaire verzoek tot de niet-ontvankelijkheid van klagers het volgende.

Het RTG merkt de psychotherapeut niet aan als klager. Weliswaar heeft de psychotherapeut het tijdens de tuchtprocedure herhaaldelijk over zichzelf als degene die (financieel en in zijn goede naam) door het handelen van verweerder is geschaad. De psychotherapeut heeft tevens herhaaldelijk gesteld dat hij uitsluitend als gemachtigde optreedt.

Voor wat betreft het misbruik van tuchtrecht overweegt het RTG vervolgens dat met name in het tuchtrecht sprake kan zijn van misbruik, wanneer de klacht er uitsluitend toe dient om (de opdrachtgever van) de verweerder ertoe te bewegen om terug te komen op een beslissing met financiële gevolgen voor de klager. Een tuchtklacht mag niet op deze wijze als drukmiddel worden ingezet. Het RTG overweegt ten aanzien van deze klacht dat het klaagschrift de toets aan deze criteria doorstaat. Daarbij neemt het RTG mede in aanmerking dat de psychotherapeut niet als klager wordt aangemerkt.

Nu het RTG ook van oordeel is dat het geheel is voorzien van voldoende grondslag in de feiten, komt het RTG vervolgens toe aan een inhoudelijke beoordeling van de klacht.

Het oordeel van verweerder als medisch adviseur hield in dat de behandeling van klager door de psychotherapeut niet doelmatig is, en daarom niet moet worden vergoed door de

zorgverzekeraar.

Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel overweegt het RTG dat, om in aanmerking te komen voor vergoeding van de behandeling door de zorgverzekeraar, de interventie moet voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Welke interventies daaraan voldoen, staat in de periodiek herziene 'Circulaire therapieën GGZ' van Zorginstituut Nederland. De bij klager toegepaste interventies ten aanzien van zijn bipolaire stoornis komen in de Circulaire niet voor. Hoewel klager bij de toegepaste interventies misschien gebaat is geweest, betekent dit nog niet dat sprake is van een doelmatige behandeling. De vraag of een bepaalde behandelingsmethodiek (interventie) van een psychotherapeut doelmatig is, wordt immers niet beantwoord op grond van het effect voor de betrokken cliënt, maar op grond van de bewezen algemene werkzaamheid.

Voor zover door het RTG te beoordelen, heeft verweerder dan ook juist gehandeld toen hij adviseerde deze behandelingen van klager door de psychotherapeut niet (langer) te vergoeden. Om tot dit advies te komen had verweerder niet de plicht, noch de noodzaak en wellicht niet eens de bevoegdheid, om klager persoonlijk te onderzoeken of anderszins met hem te communiceren.

Klager stelt tot slot dat hij als gevolg van het advies van verweerder, waarop het besluit van de zorgverzekeraar is gebaseerd, gezondheidsschade heeft geleden. Indien hiervan al sprake zou zijn, dan leidt dit niet tot het oordeel dat verweerder dit advies niet had mogen geven. Verweerder had geen zorgrelatie met klager, maar handelde als medisch adviseur van de zorgverzekeraar. Vanuit die hoedanigheid hoefde verweerder geen rekening te houden met dit mogelijke gevolg van zijn advies voor klager.

Concluderend verklaart het RTG klachtonderdeel 1 ongegrond.

Klager wordt ten aanzien van klachtonderdeel 2 niet-ontvankelijk verklaard. Het verwijt van klager ziet op het met terugwerkende kracht onrechtmatig verklaren van afgesloten behandelingen. Om welke behandelingen dit gaat wordt niet nader gespecificeerd. Daarnaast legt klager geen verband tussen de beslissing (van de zorgverzekeraar) tot onrechtmatig-verklaring en enige ondoelmatig of onrechtmatig verklaarde behandeling die hij zelf heeft gehad. Daarmee ontbreekt een relatie – die noodzakelijk is voor de toets aan de tweede tuchtnorm – tussen het handelen van verweerder ten aanzien van dit klachtonderdeel en de individuele gezondheidszorg.

Ten slotte overweegt het RTG dat de bevoegdheid van de zorgverzekeraar tot het verrichten van formele, materiële en detailcontroles voortvloeit uit artikel 87 Zvw (zoals uitgewerkt in de Regeling zorgverzekering). Verweerder ontleent zijn bevoegdheid tot de uitvoering daarvan

aan zijn functie van medisch adviseur. Uit hetgeen in het eerste klachtonderdeel is overwogen vloeit voort dat verweerder geen psychotherapeut hoeft te zijn teneinde de controles uit te voeren. Verweerder is, in de hoedanigheid van arts, werkzaam als medisch adviseur, bekwaam om de controles te verrichten: klager heeft althans geen aanwijzingen geleverd waaruit het tegendeel zou kunnen volgen. Het RTG verklaart klachtonderdeel 3 daarmee ongegrond.

mr. K.S. Waldron

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Eindhoven

Datum uitspraak: 27-10-2022

ECLI: ECLI:NL:TGZREIN:2022:59

Zaaknummer: H2022-3817

Wetsartikelen:

RECHTSPRAAK

Sterilisatie zonder informed consent is een schending van artikel 8 EVRM (en in deze zaak niet van art. 3 EVRM).

Een vrouw moet een spoedkeizersnede ondergaan, waarvoor zij haar toestemming geeft. Bij de operatie blijkt haar baarmoeder gescheurd. De artsen besluiten tot behoud van de baarmoeder, maar steriliseren de vrouw, nu een toekomstige zwangerschap levensbedreigend is. Het EHRM oordeelt dat de artsen oprecht bezorgd waren over de veiligheid en gezondheid van de vrouw. Geen schending van artikel 3 EVRM. Wel van artikel 8 EVRM. Een sterilisatie is geen noodsituatie. Het is geen levensreddende medische ingreep. Daarmee is informed consent noodzakelijk. Die ontbrak. Het informed consent-formulier kan niet zo worden geïnterpreteerd dat de sterilisatie als uitbreiding van de keizersnede moet worden gezien. Het Hof kent € 7.500 immateriële schadevergoeding toe.

Feiten

In september 2007 ondergaat een vrouw een operatie in verband met een buitenbaarmoederlijke zwangerschap, bij welke operatie haar rechter eileider wordt verwijderd. Zij krijgt het advies een volgende zwangerschap te vermijden gedurende zes maanden. In augustus 2008 wordt zij echter opnieuw opgenomen in het ziekenhuis in verband met complicaties bij een zwangerschap. Zij is dan dertig weken zwanger. De toestand van het kind verslechtert en de artsen besluiten tot een spoedkeizersnede. Daartoe ondertekent de vrouw een toestemmingsformulier, waarin onder meer staat:

p style="margin-left:47px">'[...] [The applicant] has been informed that examinations and the operation will be conducted in accordance with the standards [...], aiming to protect her from all possible complications. Nevertheless, complications [...] as well as the expansion of the scope of the operation, cannot be completely ruled out. On the basis of the foregoing, [the

applicant] gives her consent to the Caesarean section [...].'

Tijdens de operatie ontdekken de artsen een scheur in de baarmoeder en met spoed wordt een medisch panel bijeengeroepen. Gelet op de leeftijd van de vrouw (28 jaar) besluiten de artsen niet tot verwijdering van de baarmoeder, maar tot het hechten van de scheur. En tevens tot sterilisatie. Gelet op de eerdere en de huidige chirurgische ingrepen bestaat er een reëel risico dat de baarmoeder bij een toekomstige zwangerschap scheurt, en dat kan het leven van de vrouw in gevaar brengen. De artsen sluiten daarom de linker eileider af. Een zwangerschap is daarmee alleen nog mogelijk via in-vitrofertilisatie.

De vrouw start een procedure ter vergoeding van haar immateriële schade. De rechtbank benoemt een deskundigenpanel, dat tot de conclusie komt dat de operatie is uitgevoerd in overeenstemming met de bestaande normen, met uitzondering van het ontbreken van het informed consent door de vrouw. Volgens het panel was de ingreep ook zonder informed consent gerechtvaardigd, nu daarvoor 'medische redenen' waren. Van gezondheidsschade is geen sprake, nu de seksuele functie niet is aangetast en de vrouw nog zwanger kan worden via in-vitrofertilisatie, aldus het panel. De rechtbank leunt niet alleen op het oordeel van het deskundigenpanel, maar vindt ook dat de sterilisatie valt onder 'the expansion of the scope of the operation'. De vrouw heeft, met andere woorden, voor akkoord getekend. De rechtbank wijst de vordering af, in hoger beroep houdt dat oordeel stand en de vrouw wendt zich tot het Europees Hof voor de Rechten van de Mens. De sterilisatie zonder haar toestemming betreft een schending van artikel 3 EVRM en van artikel 8 EVRM, aldus de vrouw.

Oordeel – artikel 3 EVRM

Het Hof is van oordeel dat de artsen bij het nemen van hun beslissing om de vrouw te steriliseren niet te kwader trouw hebben gehandeld, noch met de bedoeling haar te mishandelen of te vernederen. Hun beslissing werd ingegeven door oprechte bezorgdheid over de gezondheid en veiligheid van de vrouw. Nu het Hof ook geen aanvullende elementen ziet, zoals de bijzondere kwetsbaarheid van de vrouw, komt de zaak niet binnen het bereik van artikel 3 EVRM en het Hof verklaart de klacht niet-ontvankelijk (art. 35 lid 3 sub a EVRM).

Oordeel – artikel 8 EVRM

Dat is anders voor artikel 8 EVRM. Het Hof herhaalt dat het begrip 'privéleven' ook de lichamelijke en geestelijke integriteit van een persoon omvat en tevens van toepassing is op beslissingen om al dan niet een kind te krijgen of om ouders te worden. Ook de keuze van medische zorg en de instemming met een medische behandeling vallen binnen de werkingssfeer van artikel 8 EVRM. Deze klacht is wel ontvankelijk en het Hof gaat over tot inhoudelijke beoordeling.

Dat de sterilisatie is uitgevoerd als uitbreiding van de keizersnede, waarmee de vrouw zou hebben ingestemd, verwerpt het Hof. Een sterilisatie is geen procedure die routinematig kan worden uitgevoerd als onderdeel of als uitbreiding van een keizersnede of van een andere medische ingreep, tenzij de patiënt haar uitdrukkelijke, vrije en geïnformeerde toestemming daarvoor heeft gegeven. De enige uitzondering daarop betreft een noodsituatie waarin medische behandeling niet kan worden uitgesteld en toestemming van de patiënt niet kan worden verkregen, maar daarvan is in deze zaak geen sprake. De noodsituatie betrof de gescheurde baarmoeder en die is gehecht. Het levensbedreigende aspect, zoals door de artsen geïdentificeerd, betrof geen directe dreiging, maar een toekomstig risico, in het geval van een zwangerschap. Een sterilisatie is volgens algemeen erkende normen geen levensreddende medische ingreep. Nu de vrouw een geestelijk competente volwassen patiënt was, was haar informed consent een voorwaarde om de sterilisatie uit te voeren, zelfs als deze vanuit medisch oogpunt noodzakelijk was, aldus het Hof. De veronderstelling van de artsen dat de vrouw in de toekomst onverantwoordelijk zou handelen aangaande haar gezondheid, maakt niet dat van het informed consent kon worden afgezien.

Het Hof verwerpt eveneens dat de vrouw geen gezondheidsschade heeft geleden. Op 28-jarige leeftijd is de vrouw voorgoed haar natuurlijke reproductiviteit ontnomen en dat heeft haar lichamelijke integriteit ernstig aangetast.

Resteert de vraag of het nationale rechtssysteem de vrouw een adequate mogelijkheid heeft geboden tot verhaal van haar schade. Het Hof meent van niet. Doordat nationale hoven hebben geweigerd de verantwoordelijkheid van de artsen voor de sterilisatie, zonder dat daarvoor de uitdrukkelijke, vrije en geïnformeerde toestemming van de vrouw gegeven was, vast te stellen, onder verwijzing naar de medische noodzaak van de ingreep, hebben deze hoven in wezen een benadering onderschreven die in strijd was met het beginsel van autonomie van de patiënt, dat zowel in het nationale recht als op internationaal niveau is neergelegd.

De conclusie is dat artikel 8 EVRM is geschonden. De enkele vaststelling daarvan kan naar het oordeel van het Hof geen compensatie bieden en het Hof kent op grond van artikel 41 EVRM de vrouw een immateriële schadevergoeding van € 7.500 toe.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Europees Hof voor de Rechten van de Mens

Datum uitspraak: 20-09-2022

ECLI: ECLI:CE:ECHR:2022:0920JUD004339913

Zaaknummer: 43399/13

Rechters: G. Ravarani, G.A. Serghides, M. Elósegui, D. Pavli, P. Roosma, A. Zünd en M. Lobov

Advocaten: P. Tomarovskiy

Wetsartikelen: EVRM art. 3, EVRM art. 8, EVRM art. 35, EVRM art. 41 en EVRM art. 44

RECHTSPRAAK

Onderzoek en rapportage psychiater onzorgvuldig en nalatig bij vaststelling 'alcoholmisbruik in de zin van de wet'.

Op last van het CBR is klager onderworpen aan een psychiatrische expertise ten behoeve van het verkrijgen van een verklaring van geschiktheid in het kader van een mededelingenprocedure. Klager verwijt de psychiater die dit onderzoek heeft uitgevoerd dat deze onzorgvuldig en nalatig is geweest bij de uitvoering van de keuring en hem onvoldoende heeft geïnformeerd over het correctierecht. Het RTG acht de klacht tegen de psychiater gegrond en legt de maatregel van berisping op.

Feiten

In oktober 2021, rond 01:00 uur, is klager, rijdend op een snorscooter, bij een reguliere controle aangehouden door de politie voor rijden onder invloed van alcohol. Het adem-alcoholgehalte van klager was toen 815 microgram/liter. Vervolgens is klager op last van het CBR onderworpen aan een keuring. Het gaat om een psychiatrische expertise ten behoeve van het verkrijgen van een verklaring van geschiktheid in het kader van de mededelingenprocedure. Klager is op 17 december 2021 gezien door de psychiater en nadien heeft de psychiater een rapport uitgebracht.

In het rapport heeft de psychiater geschreven dat bij lichamelijk en psychiatrisch onderzoek geen afwijkingen werden gevonden, en dat het bloedonderzoek van klager geen afwijkingen heeft laten zien. Om die reden kan volgens de psychiater geen stoornis van alcoholmisbruik volgens de DSM V-criteria worden vastgesteld. In de rapportage komt de psychiater desondanks tot de conclusie dat wel sprake zou zijn van 'alcoholmisbruik in de zin van de wet'. Volgens de psychiater waren er een aantal aanwijzingen die hierop wezen. Een eerste aanwijzing was dat klager bij de aanhouding zou hebben aangegeven zich enkel aangeschoten te voelen, en dat hij zichzelf in staat achtte om op de snorscooter te rijden. In werkelijkheid

had klager waarschijnlijk vijf tot tien glazen wijn, maximaal vijf glazen bier en één glas cognac gedronken. Dit duidde volgens de psychiater op een hoge tolerantie voor alcohol, wat zou zijn ontstaan door overmatig alcoholgebruik. Een tweede aanwijzing voor alcoholmisbruik lag volgens de psychiater in het feit dat de algemene alcoholanamnese niet met een dergelijke tolerantie overeen zou kunnen komen. Klager had aangegeven dat hij in beginsel enkel één keer per week op zaterdag zes drankjes nam en op feestjes vijf tot tien drankjes. Bij dit gebruik zou, volgens de psychiater, een dergelijke tolerantie onwaarschijnlijk zijn. De derde aanwijzing zag de psychiater in het feit dat klager zijn werk in gevaar zou hebben gebracht door te veel te drinken, waardoor hij zijn rijbewijs zou verliezen. Klager zou namelijk een rijbewijs nodig hebben voor het uitvoeren van zijn werk. Al met al brachten deze aanwijzingen de psychiater tot de conclusie dat sprake was van 'alcoholmisbruik in de zin van de wet'.

Klacht

Klager verwijt de psychiater dat deze onzorgvuldig en nalatig is geweest bij de uitvoering van de keuring. Daarnaast verwijt klager de psychiater dat deze hem onvoldoende heeft gewezen op het correctierecht.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) merkt allereerst op dat de psychiater in zijn rapport eerst (en terecht) heeft vastgesteld dat van alcoholmisbruik in de zin van DSM V geen sprake is, omdat het lichamelijke/psychiatrische onderzoek en het bloedonderzoek geen afwijkingen laten zien. De conclusie van de psychiater dat wel sprake is van 'alcoholmisbruik in de zin van de wet' acht het RTG echter onzorgvuldig.

Volgens het RTG heeft de psychiater ten onrechte geen aandacht besteed aan eventuele factoren die tegen de vaststelling dat sprake zou zijn van 'alcoholmisbruik in de zin van de wet' kunnen pleiten. Bovendien heeft de psychiater geen algemene psychiatrische anamnese afgenomen en ook een hetero- c.q. sociale anamnese ontbreekt. Daarnaast oordeelt het RTG dat de drie genoemde aanwijzingen voor alcoholmisbruik feitelijke grondslag missen. Ook de veronderstelling dat klager behoort tot een populatie met een duidelijk verhoogde prevalentie van stoornissen in het gebruik van alcohol acht het RTG onbegrijpelijk. Bovendien merkt het RTG op dat het rapport op een aantal punten belangrijke verschrijvingen bevat. Zo wordt in de concluderende paragraaf van het rapport gesproken over een auto in plaats van een snorscooter en over drugsmisbruik in plaats van alcoholmisbruik. Al met al acht het RTG het deskundigenrapport onvoldoende inzichtelijk, consistent en zorgvuldig.

Vervolgens kijkt het RTG naar het onderdeel van de klacht over het correctierecht. Naar het oordeel van het RTG is het waarschijnlijk dat het correctierecht wel kort aan de orde is

geweest, maar kan de uitleg van het correctierecht door de psychiater als ontoereikend worden beschouwd. Het RTG acht de klacht met betrekking tot het correctierecht dus gegrond. Dit komt onder andere doordat de psychiater in zijn begeleidende mail bij het conceptrapport aan klager heeft geschreven dat sprake is van inzagerecht en blokkeringsrecht. In deze mail wordt niet specifiek het correctierecht genoemd, en ook heeft de psychiater geschreven: 'Een reply met akkoord is voldoende.' Naar het oordeel van het RTG wordt door de keuze van deze bewoordingen het aanbrengen van correcties actief ontmoedigd, of ontstaat in elk geval verwarring over het bestaan en de omvang van het correctierecht. Het RTG beveelt de psychiater dan ook om in het vervolg gebruik te maken van het CBR-formulier 'Toepassing correctie- en blokkeringsrecht'.

Het RTG acht de klacht in beide onderdelen gegrond en legt de maatregel van berisping op.

mr. J.A. De Clerck

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 11-11-2022

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2022:162

Zaaknummer: A2022/4051

Rechters: J.Th.W. van Ravenstein en J.C.J. Dute

Advocaten: mr. K.S. Waldron

Wetsartikelen:

RECHTSPRAAK

Schijn van vertegenwoordigingsbevoegdheid bij contracteren zorg.

Conflict over totstandkoming zorgovereenkomst. Schijn van vertegenwoordigingsbevoegdheid aangenomen nu er sprake was van gerechtvaardigd vertrouwen.

Feiten

Inter-Psy GGZ Praktijk B.V. (IPGGZ) is een instelling voor psychische gezondheidszorg (GGZ). Zij is een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het onderhavige geschil ontstaat wanneer, ten behoeve van de zorginkoop voor 2017, IPGGZ in gesprek wil met Zilveren Kruis over een zorgcontract. Daartoe mailt zij naar Zilveren Kruis, die deze mail opvat als een direct verzoek om te contracteren over 2017. In navolging hierop wordt er automatisch een (aanbod voor een) overeenkomst gegenereerd. De coördinator zorginkoop van IPGGZ gaat daarmee akkoord, waarbij de handtekening wordt overlegd van slechts één van de bestuurders. Dit terwijl op basis van de statuten van de bv enkel beide bestuurders gezamenlijk bevoegd zijn om de vennootschap te vertegenwoordigen. IPGGZ komt er later achter dat sprake is van een overeenkomst en komt daartegen in het geweer. Bij de rechtbank en later het hof voert zij aan dat geen sprake is van een rechtsgeldige overeenkomst en vordert een verklaring voor recht in dier voege. De rechtbank Den Haag oordeelt in eerste aanleg dat wél sprake is van een overeenkomst en wijst de vordering van IPGGZ af. Het hof Den Haag wijst daarentegen de vordering van IPGGZ toe. Naar het oordeel van het hof is er geen sprake van schijn van vertegenwoordigingsbevoegdheid en hebben de bestuurders dit ook niet gewekt tegenover Zilveren Kruis. Zilveren Kruis heeft vervolgens tegen het arrest van het hof cassatieberoep ingesteld.

Oordeel

Naar het oordeel van de Hoge Raad is het niet voldoende dat de bestuurders niet wisten dat Zilveren Kruis een overeenkomst was aangegaan uitsluitend op basis van contact met niet-gevolmachtigd personeel. Van schijn van vertegenwoordigingsbevoegdheid kon immers ook

sprake zijn nu Zilveren Kruis gerechtvaardigd heeft vertrouwd op de vertegenwoordigingsbevoegdheid op grond van feiten en omstandigheden die IPGGZ betreffen, waaronder het laten voortbestaan van een bepaalde situatie. In casu doelt de Hoge Raad hier (zo te zien) op het niet eerder ingrijpen door de bestuurders in de situatie. Dat is overigens een opmerkelijke overweging, nu de bestuurders direct contact opnamen met Zilveren Kruis toen zij een brief binnenkregen waarin op de overeenkomst werd gewezen.

De Hoge Raad vernietigt op grond van bovenstaande het arrest van het gerechtshof Den Haag en verwijst het geding naar gerechtshof Amsterdam ter verdere behandeling en beslissing.

mr. dr. R.M. Bertens

Instantie: Hoge Raad

Datum uitspraak: 14-10-2022

ECLI: ECLI:NL:HR:2022:1456

Zaaknummer: 21/03694

Rechters: M.V. Polak, A.E.B. ter Heide en F.R. Salomons

Advocaten: P.A. Fruytier en J.P. Heering

Wetsartikelen:

RECHTSPRAAK

Het ligt niet op de weg van het ziekenhuis om een patiënt erop te wijzen dat een behandeling wel of niet wordt vergoed door de zorgverzekeraar.

Een vrouw ondergaat een medische behandeling in het ziekenhuis. De behandeling valt slechts deels onder de dekking van haar zorgverzekering. Het ziekenhuis stuurt een factuur, die de vrouw niet betaalt. Zij meent dat het ziekenhuis haar er vooraf over had moeten informeren dat zij een deel zelf moet betalen. Zij beroept zich op dwaling, maar dat beroep honoreert de kantonrechter niet. De vrouw had zelf kunnen en moeten weten dat haar verzekering niet alle kosten dekte. Het ligt niet op de weg van het ziekenhuis om iedere individuele patiënt hierop te wijzen. De kantonrechter veroordeelt de vrouw tot betaling van de factuur.

Feiten

Na verwijzing door haar huisarts ondergaat een vrouw medische behandelingen in het Jeroen Bosch ziekenhuis (JBZ). De vrouw heeft een (goedkopere) basis-zorgverzekering – een duurdere kan zij niet betalen – en de behandelingen in het JBZ vallen niet volledig onder de dekking. De vrouw betaalt de door het JBZ gestuurde factuur niet en het JBZ gaat ter inning van de factuur over tot dagvaarding.

Aan de vordering legt het JBZ ten grondslag dat er een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand is gekomen en op grond daarvan is de factuur gestuurd. Bij het eerste bezoek verwijst het JBZ de patiënte naar hun website. Op de hoofdpagina daarvan staat dat er geen contract is afgesloten met de zorgverzekeraar van de vrouw, met daarbij het advies eerst contact te leggen met de zorgverzekeraar alvorens contact met het JBZ op te nemen.

De vrouw vindt dat het JBZ haar voorafgaand aan de behandeling erover had moeten

informerend dat de behandeling niet volledig gedekt was onder haar zorgverzekering. Zij had eerst een offerte willen krijgen. De vrouw beroept zich op dwaling (art. 6:228 BW). Had zij geweten dat een deel niet werd vergoed door haar zorgverzekering, dan had zij een ander ziekenhuis gezocht, zo stelt de vrouw.

Oordeel

De kantonrechter stelt eerst vast dat er een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand is gekomen. Die komt op grond van artikel 7:446 lid 1 BW jo. artikel 7:446 lid 2 onder a BW in een vroeg stadium tot stand, te weten wanneer de patiënt zich met een concrete hulpvraag tot de hulpverlener wendt en de hulpverlener hierop ingaat. Er zijn geen specifieke eisen voor de totstandkoming van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Daarom zijn de algemene regels voor de totstandkoming van de overeenkomst (art. 6:217 BW) van toepassing. Ten aanzien van de totstandkoming van de geneeskundige behandelingsovereenkomst zijn geen vormvereisten. Deze kan zowel mondeling als schriftelijk tot stand komen (art. 3:37 lid 1 BW). De vrouw heeft zich bij het JBZ gemeld voor de medische behandeling en die behandeling is ondergaan. Daarmee is een geneeskundige behandelingsovereenkomst tot stand gekomen, aldus de kantonrechter.

Vervolgens buigt de kantonrechter zich over het beroep van de vrouw op dwaling. Dat beroep slaagt niet. Daartoe overweegt de kantonrechter als volgt.

De vrouw heeft een goedkopere zorgverzekering afgesloten, waardoor niet alle kosten in alle ziekenhuizen worden vergoed. Zij had op basis van de informatie van haar zorgverzekering zelf kunnen en moeten weten dat haar verzekering niet alle kosten in alle ziekenhuizen dekt. Daarnaast heeft zij al eerder medische behandelingen door het JBZ laten uitvoeren, waarvoor zij ook een eigen bijdrage heeft moeten betalen. Een en ander komt voor risico van de vrouw. Zij had zich ervan moeten vergewissen of de behandeling geheel of gedeeltelijk door haar zorgverzekeraar werd vergoed, aldus de kantonrechter. Het ligt niet op de weg van het JBZ om iedere individuele patiënt hierop te wijzen. Het JBZ heeft haar zo veel als mogelijk voorgelicht.

De kantonrechter veroordeelt de vrouw tot betaling van de factuur (inclusief buitengerechtelijke incassokosten en wettelijke rente).

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Oost-Brabant

Datum uitspraak: 03-11-2022

ECLI: ECLI:NL:RBOBR:2022:4822

Zaaknummer: 9813556 / 22-1816

Advocaten: M.H. Kobussen

Wetsartikelen: 7:446 BW, 6:217 BW, 6:228 BW, 3:37 BW en 6:96 BW

RECHTSPRAAK

Onderlinge verantwoordelijkheid ziekenhuis-huisartsenpost-patiënt.

Een man meldt zich met een sportblessure bij de spoedeisende hulp. Die wijst hem na triage door naar de huisartsenpost. Deze adviseert de man om zich eventueel de week erop te melden bij de traumapoli om een ruptuur uit te sluiten. Dat doet de man niet. Anderhalf jaar later blijkt sprake van een ruptuur. De man stelt het ziekenhuis en de huisartsenpost aansprakelijk. Naar het oordeel van de rechtbank zijn die niet tekortgeschoten. Het ziekenhuis is na verwijzing niet aansprakelijk voor eventuele fouten van de huisartsenpost. De huisartsenpost mag er bij zijn advisering van uitgaan dat de patiënt het advies opvolgt. Een patiënt heeft een eigen verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid. Geen overschrijding klachttermijn artikel 6:89 BW.

Feiten

In september 2013 blesseert een man zich tijdens het bankdrukken en hij meldt zich met bloedingstoringen op zijn arm en borst bij de afdeling Spoedeisende hulp van het Haga ziekenhuis. De SEH-verpleegkundige past triage toe en verwijst hem naar de huisartsenpost. Daar wordt hij enkele minuten later gezien door een verpleegkundig specialist. Die onderzoekt hem, overlegt met een SEH-arts, en adviseert de man pijnstilling en rust, en om zich eventueel de week erop te melden bij de traumapoli om een ruptuur van de borstspier uit te sluiten.

In januari 2015 meldt de man zich met aanhoudende klachten bij zijn huisarts. Nader onderzoek door een orthopedisch chirurg in april 2015 wijst een ruptuur van de grote borstspier uit. De chirurg heeft slechte ervaringen met het hechten van een oude ruptuur en de man ziet af van behandeling.

In juli 2016 meldt de man zich weer bij de orthopedisch chirurg, die hem ditmaal voor een second opinion verwijst naar een collega in een ander ziekenhuis. Die onderzoekt de man in september 2016, vindt in de literatuur een (uitgebreide) ingreep die tot goed maar niet voorspelbaar herstel kan leiden, en bespreekt die met de man. Die ziet daarvan voorlopig af. De man raadpleegt daarna zijn advocaat en na het inwinnen van medisch advies stelt de man het ziekenhuis en de huisartsenpost aansprakelijk. Diens respectievelijke verzekeraars Centramed en VvAA wijzen de aansprakelijkheid af. De man start een voorlopig deskundigenbericht. Aan de deskundige, een SEH-arts, wordt de vraag gesteld of de SEH-verpleegkundige overeenkomstig de medisch-professionele standaard heeft gehandeld en het antwoord van de deskundige is 'ja'. Ook maakt de deskundige een aantal kritische opmerkingen.

In deze procedure vordert de man een verklaring voor recht dat het ziekenhuis en de huisartsenpost zijn tekortgeschoten in de nakoming van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De man verwijt het ziekenhuis dat er geen goede afspraken zijn gemaakt met de huisartsenpost waardoor het doel van de triage – behandeling door een arts binnen zestig minuten – niet is bereikt. Ook verwijt de man het ziekenhuis dat de SEH-arts met wie is overlegd een onjuist advies heeft gegeven. De man verwijt de huisartsenpost dat hij niet is gezien door een huisarts, dat hij onjuist is geïnformeerd en dat hij onjuist is geadviseerd. Voor het onjuist handelen van de huisartsenpost is volgens de man ook het ziekenhuis op grond van artikel 7:462 BW aansprakelijk; hoewel twee aparte juridische entiteiten, bevindt de huisartsenpost zich binnen de muren van het ziekenhuis. Het ziekenhuis en de huisartsenpost verweren zich, onder andere met een beroep op overschrijding van de klachttermijn van artikel 6:89 BW.

Oordeel – klachttermijn artikel 6:89 BW bij geneeskundige behandelingsovereenkomst

De rechtbank komt tot de slotsom dat de klachttermijn als bedoeld in artikel 6:89 BW niet is overschreden. De rechtbank overweegt daartoe als volgt.

Bij de beantwoording van de vraag of tijdig is geklaagd moeten alle betrokken belangen worden afgewogen en moet acht worden geslagen op alle relevante omstandigheden van het geval, waaronder de aard en de inhoud van de rechtsverhouding, de aard en inhoud van de prestatie en de aard van het gestelde gebrek in de prestatie. Daarbij kan worden gelet op factoren als de waarneembaarheid van het gebrek, de deskundigheid van partijen, de onderlinge verhouding van partijen, de aanwezige juridische kennis en de behoefte aan voorafgaand deskundig advies. In het geval er sprake is van een geneeskundige behandelingsovereenkomst komt naar het oordeel van de rechtbank tevens gewicht toe aan de bijzondere aard van die overeenkomst, waarbij de patiënt zich in een afhankelijkheidsrelatie

ten opzichte van de medisch behandelaar bevindt en belangen van gezondheid betrokken zijn. Een vaste termijn kan niet worden gehanteerd bij de beantwoording van de vraag of tijdig is geklaagd, ook niet als uitgangspunt. Hierbij is van bijzonder belang of de schuldenaar nadeel lijdt door het tijdsverloop totdat is geklaagd. In dit verband dient de rechter rekening te houden met enerzijds het voor de schuldeiser ingrijpende rechtsgevolg van het te laat protesteren zoals in artikel 6:89 BW vermeld, te weten het verval van al zijn rechten ter zake van de tekortkoming, en anderzijds de concrete belangen waarin de schuldenaar is geschaad door het late tijdstip waarop het protest is gedaan, zoals een benadeling in zijn bewijspositie of een aantasting van zijn mogelijkheden de gevolgen van de gestelde tekortkoming te beperken. Als de schuldenaar niet in zijn belangen is geschaad door het late tijdstip waarop het protest is gedaan, zal er niet snel voldoende reden zijn de schuldeiser een gebrek aan voortvarendheid te verwijten. De rechtbank acht het door het ziekenhuis en de huisartsenpost ingeroepen bewijsbelang van onvoldoende gewicht om te oordelen dat de man niet binnen bekwame tijd heeft geklaagd. Hierbij speelt een belangrijke rol dat nog kan worden beschikt over de (patiënt)dossiers die zijn gevormd naar aanleiding van de behandeling van de man op de spoedeisende hulp en op de huisartsenpost. In het kader van de klachtplicht bij geneeskundige behandelingsovereenkomsten geldt in het bijzonder dat het aan de medisch behandelaar is om aan zodanige dossiervorming en verslaglegging te doen dat op basis van het medisch dossier voldoende duidelijk is hoe is gehandeld en, zoals in dit geval, op welke wijze onderlinge communicatie heeft plaatsgevonden en wie waarvoor de (eind)verantwoordelijkheid droeg. Voor zover dit niet of onvoldoende is gedaan, ligt dit in de risicosfeer van de medisch behandelaar(s). Het bewijsbelang kan bij geneeskundige behandelingsovereenkomsten dan ook slechts in uitzonderlijke gevallen een beroep op schending van de klachtplicht rechtvaardigen, aldus de rechtbank.

Oordeel – aansprakelijkheid ziekenhuis

De rechtbank kan niet tot de conclusie komen dat het ziekenhuis tekortgeschoten is.

Afspraken met huisartsenpost

De rechtbank stelt vast dat het ziekenhuis overeenkomstig het triageprotocol en de lokale afspraken met de huisartsenpost heeft gehandeld en dat hij de man op goede gronden naar de huisartsenpost heeft verwezen. Van het ziekenhuis kan niet worden verwacht dat hij een medische instantie waar hij zijn patiënten op goede gronden naartoe verwijst, controleert op een adequate overname van die patiënten. Het ziekenhuis mocht erop vertrouwen dat de huisartsenpost de man zorgvuldig zou behandelen en adviseren en kan voor eventuele fouten van de huisartsenpost na verwijzing in beginsel niet aansprakelijk worden gehouden, aldus de rechtbank.

Geraadpleegde SEH-arts

Door de SEH-arts is geen medisch dossier aangelegd. Hoewel niet is komen vast te staan welke SEH-arts is geraadpleegd, wat er is besproken en of de SEH-arts de verpleegkundig specialist heeft geadviseerd en zo ja, welk advies is gegeven, gaat de rechtbank ervan uit dat overeenkomstig de notities van de verpleegkundig specialist van de huisartsenpost er daadwerkelijk een SEH-arts is geraadpleegd. Die SEH-arts heeft de man zelf niet gezien en diens advies is gebaseerd op informatie van de verpleegkundig specialist. Ten tijde van het overleg met de SEH-arts was geen sprake (meer) van een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen de man en het ziekenhuis. Tegen deze achtergrond heeft de man naar het oordeel van de rechtbank onvoldoende onderbouwd welke fouten de SEH-arts heeft gemaakt.

Centrale aansprakelijkheid artikel 7:462 BW

Met de (hiernavolgende) conclusie dat de huisartsenpost niet is tekortgeschoten, kan het ziekenhuis ook niet op grond van de centrale aansprakelijkheid aansprakelijk worden gehouden, aldus de rechtbank.

Oordeel – aansprakelijkheid huisartsenpost

De rechtbank concludeert dat de huisartsenpost niet is tekortgeschoten.

Gegeven informatie en advies

Als toetsingsmaatstaf hanteert de rechtbank of de huisartsenpost bij de medische advisering van de man heeft gehandeld als een redelijk bekwaam en redelijk handelend zorgverlener. Bij die advisering mag de huisartsenpost ervan uitgaan dat patiënten de gegeven medische adviezen ter harte nemen en die opvolgen, aldus de rechtbank. Omdat de ruptuur niet als diagnose, maar als differentiaaldiagnose is gesteld, was de huisartsenpost naar het oordeel van de rechtbank niet gehouden om aan de man mee te delen dat hij binnen zes weken geopereerd zou moeten worden [cursief rechtbank, RW]. Met het advies om zich eventueel de week erop op de traumapoli te laten onderzoeken om een ruptuur uit te sluiten, is de man, mede gezien de functie en de mogelijkheden van de huisartsenpost, voor dat moment voldoende medisch geadviseerd en geïnformeerd, aldus de rechtbank.

De rechtbank hecht bij zijn oordeel waarde aan de eigen verantwoordelijkheid die een patiënt heeft voor zijn gezondheid. Die bepaalt uiteindelijk zelf welke medische zorg hij inschakelt en of hij medische adviezen al dan niet opvolgt. Op basis van het gegeven advies was de man met de mogelijkheid van een ruptuur bekend. Van hem mocht in redelijkheid worden verwacht dat

hij zijn eigen herstel goed zou monitoren en de vervolgspraak zou maken om die mogelijkheid uit te sluiten. Het is vervolgens de eigen beslissing van de man geweest om dit risico niet uit te sluiten en geen vervolgspraak te maken. Dat vormt een omstandigheid die voor zijn rekening en risico komt. Zonder nadere toelichting, die niet is gegeven, kan (en hoeft) de huisartsenpost hiermee geen rekening te houden bij haar advisering.

Niet gezien door een huisarts

Op dit verwijt van de man gaat de rechtbank verder niet in.

Slotsom

De rechtbank wijst de vorderingen van de man af.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 05-10-2022

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2022:10309

Zaaknummer: C/09/599696 / HA ZA 20-920

Rechters: J.L.M. Luiten

Advocaten: M.E. Franke en E.J.C. de Jong

Wetsartikelen: 7:462 BW, 6:89 BW en 7:446 BW

RECHTSPRAAK

Berisping voor medisch adviseur wegens onzorgvuldig adviesrapport.

Een medisch adviseur van een verzekeraar concludeert in twee medische adviesrapporten dat de lichamelijke klachten van klager niet het gevolg zijn van een verkeersongeval. Klager stelt dat deze adviesrapporten niet aan de daaraan te stellen eisen voldoen. Het RTG verklaart de klacht deels gegrond en legt de arts de maatregel van berisping op.

Feiten

Klager stelt dat hij als gevolg van een verkeersongeval lichamelijke klachten heeft in verband waarmee hij een claim heeft ingediend bij de verzekeraar van de tegenpartij. De aangesproken arts/Register Geneeskundig Adviseur (RGA) heeft op verzoek van deze als zelfstandig werkend medisch adviseur twee medische adviesrapporten opgesteld inzake de claim van klager.

In deze rapporten komt de arts tot de conclusie dat de lichamelijke klachten van klager geen gevolg van het ongeval kunnen zijn. De medisch adviseur overwoog in dat kader onder meer dat niet was gebleken dat sprake is geweest van een ongeval dat klachten kan opwekken en dat er geen medische verklaring was voor het optreden van nekkklachten als ongevalsgevolg.

Klacht

Klager verwijt de arts dat deze 1) inbreuk heeft gemaakt op het privéleven van klager door een privégebeurtenis openbaar te maken die irrelevant is voor het doel van de rapportage en dat 2) de medische rapporten niet voldoen aan de daaraan te stellen eisen.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) stelt voorop dat voor het opstellen van een medisch adviesrapport volgens vaste jurisprudentie van het Centraal

Tuchtcollege de volgende eisen gelden:

Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.

Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.

In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.

Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen.

De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn/haar deskundigheid.

Het eerste klachtonderdeel (inbreuk maken op privéleven) wijst het RTG als ongegrond af. Vervolgens beoordeelt het RTG of de medische adviesrapportages voldoen aan de hiervoor genoemde criteria. Het RTG volgt het standpunt van klager dat de arts op onzorgvuldige wijze uit de brieven van de medisch specialisten heeft geciteerd. Met zijn weergave van deze brieven heeft de arts de indruk gewekt dat klager de laatste twee jaar voor het ongeval veel stress had, terwijl dat feitelijk geen juiste weergave betrof. Dit klemmt naar het oordeel van het RTG temeer, nu de arts de vraag heeft gesteld of stress de oorzaak zou kunnen zijn van de problematiek bij klager. Ook is het RTG van mening dat de arts een onjuist, althans onvolledig beeld van de situatie heeft gegeven door bij de weergave van de spreekurnotities van de huisarts een bezoek aan de fysiotherapeut enkele dagen na het ongeval weg te laten.

De arts mocht wel uitgaan van de in het rapport genoemde (te) lage snelheden bij de aanrijding, nu deze snelheden waren gebaseerd op de stukken die aan hem waren verstrekt. De aanname dat het inwerkend geweld bij de aanrijding geen verklaring vormt voor het opwekken van de nekkachten van klager is naar het oordeel van het RTG echter te stellig geformuleerd.

Voorts is het RTG van mening dat de medische adviesrapporten meer onvoldoende aannames bevatten en dat de arts onnodig grievend dan wel niet-objectief taalgebruik heeft gehanteerd. Daaruit kan een zekere mate van subjectiviteit en vooringenomenheid spreken, aldus het RTG. Hiermee betracht de arts naar het oordeel van het RTG niet de zorgvuldigheid die hij volgens de in de medische professie aanvaarde gedragsregels – zoals de KNMG-Gedragsregels voor artsen (KNMG, 2013) en de beroepscode voor medisch adviseurs werkzaam in particuliere verzekeringszaken en/of personenschadezaken (GAV, september 2013) – zou moeten betrachten. Het verdient aanbeveling in rapporten de aangeleverde informatie zo letterlijk mogelijk te vermelden en duidelijk te maken wanneer sprake is van interpretatie, aldus het RTG.

Het RTG concludeert dat de arts in zijn medische adviesrapporten zowel onzorgvuldig is geweest in zijn weergave en/of (impliciete) interpretatie van de beschikbare informatie, als ongefundeerde aannames heeft gedaan. Dat betekent dat de rapporten de feiten en omstandigheden waarop zij berusten niet correct vermelden en dat de arts niet op inzichtelijke en consistente wijze heeft uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen. De rapporten voldoen daarmee niet aan de eisen die daaraan worden gesteld. Het RTG concludeert dat dit klachtonderdeel gegrond is.

Het RTG acht een maatregel op zijn plaats, omdat medische adviesrapporten een grote impact hebben op de uitkomst van geschillen over aansprakelijkheid, en daarmee op het leven van mensen in het algemeen en van klager in het bijzonder. Bij de zwaarte van de maatregel weegt het RTG mee dat de arts zich ervan bewust is dat hij binnen de beroepsgroep van geneeskundig adviseurs een afwijkend standpunt inneemt over whiplashklachten. Dat zou hem moeten brengen tot zorgvuldiger rapporteren, zo overweegt het RTG. Mede vanwege het feit dat tegen de arts over vergelijkbare feitencomplexen eerder klachten zijn ingediend, waarvan verschillende gegrond zijn verklaard, is het RTG van oordeel dat de maatregel van berisping passend is.

Het RTG wijst de gevraagde kostenveroordeling voor wat betreft de reiskosten toe. Het betaalde griffierecht zal volgens de wet worden terugbetaald aan klager. De portokosten komen voor zijn eigen rekening.

mr. M. Christe

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 08-11-2022

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2022:156

Zaaknummer: A2022/3987

Rechters: N.B. Verkleij, mr. dr. R.P. Wijne, P. Eken, J. Dogger en R.P. van Straaten

Wetsartikelen:

RECHTSPRAAK

Zorgmachtiging. Bij het medisch onderzoek via beeldbellen is niet voldaan aan criteria Hoge Raad (1).

Tussenbeschikking procedure verlenen zorgmachtiging op verzoek van OvJ. Onderzoek via beeldbellen. Psychiater heeft niet gemotiveerd waarom een fysiek onderzoek redelijkerwijs niet mogelijk was. Zorgmachtiging verleend voor korte duur.

Feiten

De officier van justitie verzoekt de rechtbank om een zorgmachtiging te verlenen ten aanzien van betrokkene.

Betrokkene heeft verzocht tot afwijzing van het verzoek. Ter zitting heeft de advocaat van betrokkene aangegeven dat het onafhankelijk onderzoek heeft plaatsgevonden door middel van beeldbellen. Betrokkene heeft dit volgens diens advocaat als lastig ervaren en zij had de voorkeur voor een fysiek gesprek. Betrokkene is vooraf niet erover geïnformeerd dat dit onderzoek zou plaatsvinden door middel van beeldbellen.

Oordeel

De rechtbank oordeelt dat de psychiater niet heeft gemotiveerd waarom een onderzoek in de fysieke aanwezigheid van betrokkene redelijkerwijs niet mogelijk was. Ten tijde van het onderzoek was geen sprake van dusdanig beperkende COVID-maatregelen dat een fysiek onderzoek niet mogelijk was. Onder verwijzing naar jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2020:1509) overweegt de rechtbank dat de motivering om het onderzoek via beeldbellen te verrichten niet voldoet aan de criteria die de Hoge Raad daaraan stelt. Daarbij betreft de rechtbank dat in dat kader relevant is dat de psychiater betrokkene niet (goed) kon horen.

Gelet op het aflopen van de huidige zorgmachtiging op 2 november 2022 en het feit dat betrokkene al jaren gedwongen zorg nodig heeft, ziet de rechtbank ondanks voornoemd gebrek aanleiding het verzoek voor korte duur toe te wijzen. De rechtbank overweegt in dat

kader dat de stoornis en het ernstig nadeel niet zijn betwist en betrokkene in de instelling woont en daar ook wenst te blijven. Gelet op de uit de stoornis voortvloeiende fases van ernstige katatonie en het levensgevaar dat daarmee samenhangt acht de rechtbank dit te rechtvaardigen.

De rechtbank verleent een zorgmachtiging tot en met 1 december 2022. De rechtbank bepaalt dat uiterlijk op 16 november 2022 een nieuwe medische verklaring moet worden ingediend bij de rechtbank waarbij betrokkene fysiek is beoordeeld. Voor het overige houdt de rechtbank het verzoek aan en bepaalt dat dit op een latere zitting zal worden behandeld.

mr. S. Snelder

Instantie: Rechtbank Noord-Nederland

Datum uitspraak: 18-10-2022

ECLI: ECLI:NL:RBNNE:2022:3966

Zaaknummer: 186053

Rechters: J. Teertstra

Advocaten: G.J.P.M. Grijmans

Wetsartikelen:

RECHTSPRAAK

Verplichte zorg verleend voor een langere periode dan de in de zorgmachtiging opgenomen duur van vier maanden.

Aan betrokkene is verplichte zorg verleend zonder geldige titel. Indicatiebesluit Wlz voor beschermd wonen strekt niet tot het verlenen van verplichte zorg. Hoge Raad vernietigt beschikking rechtbank.

Feiten

Bij beschikking van 2 maart 2021 heeft de rechtbank een zorgmachtiging verleend voor verschillende vormen van verplichte zorg, waaronder 'beperken van de bewegingsvrijheid voor de duur van maximaal vier maanden' en 'opnemen in een accommodatie voor de duur van maximaal vier maanden'. De zorgmachtiging is verleend voor de duur van één jaar.

Vanaf 15 maart 2021 is betrokkene op vrijwillige basis opgenomen. Vanaf 13 april 2021 is aan betrokkene verplichte zorg verleend in de vorm van 'beperking van de bewegingsvrijheid' en 'opnemen in een accommodatie'. Op 14 mei 2021 is aan betrokkene een beschermd wonen-indicatie op grond van de Wlz verleend.

Betrokkene heeft bij brief van 19 augustus 2021 aan de geneesheer-directeur verzocht om opheffing van de verplichte zorg, welk verzoek is afgewezen, omdat het ernstig nadeel nog steeds aan de orde was en het doel van de verplichte zorg nog niet was bereikt.

Vervolgens heeft betrokkene in november 2021 een klacht ingediend bij de klachtencommissie en verzocht om schadevergoeding. De klachtencommissie heeft de klacht ongegrond verklaard 'onder voorwaarde dat er zo spoedig mogelijk door de instelling wordt zorg gedragen voor een aanvulling of wijziging van de zorgmachtiging'.

Bij beschikking van 28 december 2021 heeft de rechtbank de zorgmachtiging gewijzigd in de zin dat gedurende de resterende looptijd (tot en met 2 maart 2022) de in de zorgmachtiging opgenomen verplichte zorg mag worden verleend.

Betrokkene heeft op grond van 10:7 Wvrgg de rechtbank verzocht de klachten alsnog gegrond te verklaren en haar een schadevergoeding toe te kennen. Uit de uitspraak volgt dat voor zover

in cassatie van belang, de rechtbank de klacht tegen (het voortduren van) de opname in de accommodatie ongegrond heeft verklaard en het verzoek om schadevergoeding heeft afgewezen.

Oordeel

In cassatie klaagt betrokkene over de overweging van de rechtbank dat betrokkene in de periode van 13 augustus 2021 (vier maanden na aanvang van het verlenen van de verplichte zorg) tot 28 december 2021 niet gedwongen opgenomen is geweest in een Wvggz-accommodatie terwijl daar geen geldige titel meer voor was. Het onderdeel klaagt dat dit oordeel in strijd is met de Wvggz, althans dat de beslissing onvoldoende is gemotiveerd omdat niet valt in te zien hoe een Wlz-indicatie op gelijke voet met artikel 3:1 Wvggz kan worden gesteld en hoe daarmee aan de waarborgen op grond van de Wvggz kan zijn voldaan.

De Hoge Raad oordeelt dat het Wlz-indicatiebesluit niet strekt tot het verlenen van verplichte zorg en dat in voornoemde periode de zorgmachtiging geen grondslag bood voor het gedwongen opnemen van betrokkene. De klacht van betrokkene is gegrond.

Ten aanzien van het verzoek tot vergoeding van schade oordeelt de Hoge Raad dat het oordeel dat geen grond bestaat voor het toekennen van een schadevergoeding niet in stand kan blijven, nu dit oordeel berust op een met succes bestreden oordeel.

De Hoge Raad vernietigt de beschikking van de rechtbank en wijst het geding terug naar de rechtbank ter verdere behandeling en beslissing.

mr. S. Snelder

Instantie: Hoge Raad

Datum uitspraak: 04-11-2022

ECLI: ECLI:NL:HR:2022:1582

Zaaknummer: 22/01870

Rechters: M.V. Polak, T.H. den Tanja-van Broek, H.M. Wattendorff, F.R. Salomons en G.C. Makkink

Advocaten: M.A.M. Wagemakers

Wetsartikelen: 10:7 Wvggz, 3:1 Wvggz en 8:7 Wvggz

RECHTSPRAAK

Zorgmachtiging. Bij het medisch onderzoek via beeldbellen is niet voldaan aan criteria Hoge Raad (2).

Onderzoek via beeldbellen. Psychiater heeft niet gemotiveerd waarom een fysiek onderzoek bij betrokkene redelijkerwijs niet mogelijk was. Behandeling verzoek wordt aangehouden, nieuw onderzoek en nieuwe medische verklaring vereist.

Feiten

De officier van justitie verzoekt de rechtbank om een zorgmachtiging te verlenen ten aanzien van betrokkene.

Betrokkene heeft verzocht tot afwijzing van het verzoek. Het betoog van de advocaat van betrokkene komt erop neer dat het onderzoek door de onafhankelijk psychiater ten onrechte heeft plaatsgevonden via beeldbellen en dat in strijd met vaste jurisprudentie van de Hoge Raad is gehandeld.

Oordeel

Onder verwijzing naar jurisprudentie van de Hoge Raad (ECLI:NL:HR:2020:1509) oordeelt de rechtbank dat uit de toelichting van de psychiater onvoldoende blijkt waarom een onderzoek in de fysieke aanwezigheid van betrokkene redelijkerwijs niet mogelijk was. De rechtbank betreft daarbij allereerst dat er voldoende aanleiding is om te twijfelen aan de instemming van betrokkene met het onderzoek via beeldbellen. Tevens overweegt de rechtbank dat niet is voldaan aan de (eigen) beleidslijn van GGZ Drenthe met kwaliteitscriteria voor onafhankelijke beoordelingen; betrokkene was namelijk nog niet bekend bij GGZ Drenthe. Tot slot overweegt de rechtbank dat de situatie van betrokkene zich niet zonder meer leent voor een beoordeling via beeldbellen. De rechtbank komt tot dit oordeel doordat betrokkene ter zitting uitvoerige antwoorden heeft gegeven op vragen wat betreft traumatische ervaringen in het verleden, terwijl dit in de medische verklaring niet aan de orde komt.

Gelet op het voornoemde oordeelt de rechtbank dat de medische verklaring niet aan de

wettelijke vereisten voldoet.

De rechtbank houdt de behandeling van het verzoek aan en bepaalt dat de officier van justitie voor 22 september 2022 een nieuwe medische verklaring aan de rechtbank dient te overleggen.

mr. S. Snelder

Instantie: Rechtbank Noord-Nederland

Datum uitspraak: 05-09-2022

ECLI: ECLI:NL:RBNNE:2022:4020

Zaaknummer: C/19/140918 / FA RK 22-1552

Rechters: M.C. van Woudenberg

Wetsartikelen:

RECHTSPRAAK

Samenloop van Wzd en Wvggz bij autismespectrumstoornis en licht verstandelijke beperking.

Voor betrokkene is een rechterlijke machtiging verzocht voor de duur van vijf jaar. De rechtbank is van oordeel dat de Wzd van toepassing is. De rechtbank concludeert dat de zorgbehoefte met name bepaald wordt door de manier waarop, vanwege de licht verstandelijke beperking van betrokkene, zijn autismespectrumstoornis wordt benaderd.

Feiten

Ten aanzien van betrokkene is door het Centrum Indicatiestelling Zorg ('CIZ') een verzoek ingediend tot het verlenen van een opvolgende machtiging voor de duur van vijf jaar als bedoeld in artikel 24 van de Wet zorg en dwang ('Wzd').

Betrokkene is bekend met een verstandelijke beperking en tevens is sprake van ontwikkelingsproblematiek (autismespectrumstoornis). Ook is betrokkene bekend met manisch-psychotische decompensatie, mogelijk ten gevolge van een bipolaire stoornis. Verder speelt mee dat betrokkene in zijn jeugd verwaarloosd en getraumatiseerd is. Er zijn gedragsproblemen met in het verleden ook delictgedrag.

Door en namens betrokkene is primair gepleit voor afwijzing van het onderhavige verzoek. Volgens de advocaat van betrokkene is de autismespectrumproblematiek van betrokkene voorliggend, nu in de aanvraag wordt aangegeven dat de autistische stoornis de hoofddiagnose is. Omdat de autistische stoornis onder het bereik van de Wvggz valt en niet onder de Wzd, meent de advocaat dat het verzoek om die reden afgewezen dient te worden en er een nieuw verzoek zou moeten komen op basis van de Wvggz.

Oordeel

De rechtbank is van oordeel dat niet alleen de voorliggende stoornis doorslaggevend is voor het toe te passen regime, maar ook de zorgbehoefte en continuïteit van de reeds verleende

zorg. De rechtbank verwijst hiertoe naar een uitspraak van de Hoge Raad van 10 juli 2020. De Hoge Raad overweegt dat, als een persoon zowel een psychische stoornis als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap heeft, sprake is van zogenoemde 'multi-problematiek'. Bij de beoordeling welk regime in dat geval van toepassing is, dient blijkens de wetsgeschiedenis te worden vastgesteld welke problematiek (psychische stoornis, psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap) op het moment van beoordeling 'voorliggend is', dat wil zeggen: op de voorgrond staat, omdat die problematiek de actuele zorgbehoefte bepaalt, waarbij ook de continuïteit van de zorg in een vertrouwde omgeving in aanmerking moet worden genomen. Het antwoord op de vraag welke problematiek van de betrokkene op het moment van beoordeling op de voorgrond staat en daarmee diens actuele zorgbehoefte bepaalt, dient te berusten op een vaststelling door een ter zake kundige arts.

De rechtbank is van oordeel dat de Wzd van toepassing is. De ter zake kundige arts heeft zich in de medische verklaring niet uitgelaten over welke stoornis voorliggend is, maar noemt wel als eerste de verstandelijke beperking en daarnaast (onder meer) de autismespectrumstoornis. De zorg die aan betrokkene wordt verleend is kennelijk succesvol. Blijkens de medische verklaring zijn de maatregelen van fixeren en separeren of op zijn kamer insluiten immers niet vaak meer nodig en wordt er zelfs gedacht aan overplaatsing naar een open afdeling. De verleende zorg is voor een groot deel gericht op het structureren en voorspelbaar maken van het leven van betrokkene, omdat de overprikkeling die ontstaat door onduidelijkheid vanwege zijn autismespectrumstoornis kan leiden tot decompensatie, recidief psychose of katatonie.

Daaruit concludeert de rechtbank dat de zorgbehoefte met name bepaald wordt door de manier waarop, vanwege de licht verstandelijke beperking van betrokkene, zijn autismespectrumstoornis wordt benaderd. Aan deze zorgbehoefte wordt in de huidige instelling voldaan en betrokkene is hier dan ook het meest op zijn plek. De vraag welke stoornis dan voorliggend is, de autismespectrumstoornis of de licht verstandelijke beperking, acht de rechtbank in dit specifieke geval minder van belang, nu deze stoornissen voor de bepaling, welke behandeling betrokkene nodig heeft, zeer sterk samenhangen en elkaar beïnvloeden. Continuïteit van de huidige vorm van zorg acht de rechtbank daarom in dit geval de belangrijkste voorwaarde voor een succesvolle behandeling van betrokkene.

Gebleken is dat betrokkene lijdt aan een verstandelijke handicap en een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of een combinatie daarvan, namelijk een verstandelijke beperking en ontwikkelingsproblematiek (autismespectrumstoornis). Deze verstandelijke handicap, die gepaard gaat met een psychische stoornis, leidt tot ernstig nadeel, gelegen in ernstig lichamelijk letsel, materiële schade, maatschappelijke teloorgang en betrokkene roept met hinderlijk gedrag agressie van anderen op. De voortzetting van het verblijf is naar het oordeel van de rechtbank noodzakelijk en geschikt om het ernstig nadeel te voorkomen of af te

wenden. Gelet op het voorgaande is voldaan aan de criteria voor verlening van een opvolgende rechterlijke machtiging tot voortzetting van het verblijf als bedoeld in de Wzd.

Omdat het plan is om betrokkene binnen afzienbare termijn over te plaatsen naar een open afdeling, maar ook vanwege het karakter van de behandeling, waarbij betrokkene voortdurend wordt bijgestuurd en in zijn vrijheid wordt beperkt, wijst de rechtbank het verzoek voor de duur van drie jaar toe.

mr. A.M. De Nijs

Instantie: Rechtbank Noord-Nederland

Datum uitspraak: 18-10-2022

ECLI: ECLI:NL:RBNNE:2022:3967

Zaaknummer: C/17/186055 / FA RK 22-1673

Advocaten: G.J.P.M. Grijmans

Wetsartikelen: 24 Wzd

RECHTSPRAAK

Rechterlijke machtiging toegewezen.

Voor betrokkene is een rechterlijke machtiging verzocht voor de duur van twee jaar. De rechtbank beperkt de rechterlijke machtiging in duur tot zes maanden. De instelling wordt deze periode in de gelegenheid gesteld om betrokkene te laten onderzoeken door een psychiater, zodat kan worden bekeken of er via deze weg verbeteringen in de situatie van betrokkene mogelijk zijn.

Feiten

Ten aanzien van betrokkene heeft het Centrum Indicatiestelling Zorg ('CIZ') een verzoek tot het verlenen van een opvolgende rechterlijke machtiging voor de duur van twee jaar als bedoeld in artikel 24 van de Wet zorg en dwang ('Wzd') ingediend.

Uit de overgelegde stukken en de mondelinge behandeling is gebleken dat betrokkene lijdt aan een psychogeriatrische aandoening, te weten neurocognitieve stoornissen functionerend op dementie-niveau, gepaard gaand met een psychische stoornis, te weten paranoïde schizofrenie.

Het gedrag dat voortvloeit uit deze aandoening en stoornis leidt tot ernstig nadeel, gelegen in (het aanzienlijk risico op) ernstige verwaarlozing, maatschappelijke teloorgang en ernstige psychische schade voor een ander.

Betrokkene stelt dat er niets met haar aan de hand is. Zij is kerngezond, zij doet alles nog zelf en kan zelfstandig functioneren in de maatschappij. Zij vindt het vreselijk in de instelling en is het niet eens met het verzoek. Zij is bereid met een psychiater in gesprek te gaan.

Oordeel

De rechtbank is van oordeel dat voortzetting van het verblijf noodzakelijk en geschikt is om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. Betrokkene is niet in staat om zelfstandig voor zichzelf te zorgen. Zij verblijft sinds november 2021 in de huidige instelling en daarvoor

woonde zij thuis. Er was sprake van slechte zelfzorg, alcoholmisbruik en een ernstige vervuilde woning. Indien cliënt naar huis gaat is de verwachting dat zij terugvalt in hetzelfde patroon, omdat zij zich destijds zorgmijdend opstelde. Ook in de huidige instelling blijft zij hulp en ondersteuning weigeren en laat zij zich niet stimuleren in verzorging.

De rechtbank ziet aanleiding om de duur van de rechterlijke machtiging te beperken tot zes maanden en stelt in deze periode de instelling in de gelegenheid om betrokkene te laten onderzoeken door een psychiater, zodat kan worden bekeken of er via deze weg verbeteringen in de situatie van betrokkene mogelijk zijn. De rechtbank benadrukt dat het in het belang van betrokkene zelf is om in gesprek te gaan met de psychiater en de rechtbank vertrouwt er daarom op dat zij nu wel aan het onderzoek door de psychiater zal meewerken.

Voldaan is aan de criteria voor verlening van een opvolgende rechterlijke machtiging tot voortzetting van het verblijf als bedoeld in de Wzd. De machtiging zal worden verleend voor de duur van zes maanden.

mr. A.M. De Nijs

Instantie: Rechtbank Gelderland

Datum uitspraak: 17-10-2022

ECLI: ECLI:NL:RBGEL:2022:6129

Zaaknummer: C/05/409248 / FA RK 22-2942

Rechters: Davids Davids

Advocaten: B.J. Schadd

Wetsartikelen: 24 Wzd

RECHTSPRAAK

Schadevergoeding van € 1050 als bedoeld in artikel 44 van de Wzd toegewezen.

De rechtbank wijst het verzoek tot toewijzen van schadevergoeding op grond van de Wzd toe. Verzoekster heeft in totaal 42 dagen zonder rechtsgeldige titel en in onzekerheid en stress in de kliniek verbleven als gevolg van het niet naleven van de wet door de kliniek.

Feiten

Verzoekster verzoekt om schadevergoeding van de zorgaanbieder als bedoeld in artikel 44 van de Wet zorg en dwang ('Wzd').

Op 30 maart 2021 is op grond van artikel 24 Wzd een machtiging verleend voor de duur van twaalf maanden om verzoekster op te nemen in een verpleeginrichting tot en met 30 maart 2022.

Op 12 mei 2022 is op grond van artikel 26 Wzd een machtiging verleend voor de duur van vijf jaar. Omdat het verzoek is ingediend na het verstrijken van de laatste machtiging heeft de rechtbank de machtiging, in afwijking van de door het CIZ verzochte termijn, verleend voor zes maanden, en geldt deze aldus tot en met 12 november 2022.

Verzoekster heeft verzocht om een schadevergoeding van een bedrag ter hoogte van € 100 per dag voor de periode van 21 april 2022 tot en met 12 mei 2022 (met een totaal van € 4.300), dan wel een passende schadevergoeding toe te kennen, omdat de wet ten aanzien van verzoekster niet dan wel onvoldoende in acht is genomen. De advocaat van verzoekster heeft daartoe gesteld dat verzoekster in de voornoemde periode onvrijwillig in de accommodatie heeft verbleven zonder wettelijke titel. Verzoekster heeft herhaaldelijk aangegeven dat zij de kliniek wilde verlaten en heeft dit ook aangegeven in de periode na expiratie van de machtiging. Desondanks is zij tegen haar wil en zonder geldige titel door de kliniek op de afdeling gehouden. Verzoekster heeft in totaal 43 dagen zonder rechtsgeldige titel en in onzekerheid en stress in de kliniek verbleven als gevolg van het niet naleven van de wet door de kliniek en verzoekt de rechtbank haar daarom daarvoor een schadevergoeding toe te kennen. De

advocaat heeft tevens tijdens de mondelinge behandeling het verweer gevoerd dat een AIOS ouderengeneeskunde niet een medical expert is in de zin van de Wzd. Tevens is niet aannemelijk geworden dat de AIOS ouderengeneeskunde die de beoordeling naar de wils(on)bekwaamheid heeft gedaan onafhankelijk is omdat niet staat vermeld aan welke zorgaanbieder deze arts is verbonden.

De zorgaanbieder betoogt primair dat verzoekster niet-ontvankelijk is, omdat zij niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van haar belangen (wilsbekwaamheid). De zorgaanbieder verwijst naar de beoordeling van de wils(on)bekwaamheid van verzoekster door een daartoe te benoemen deskundige.

De zorgaanbieder stelt voorts dat het niet om een termijn van 43 dagen gaat, maar dat dit een termijn van 42 dagen moet zijn. Er is een nieuwe rechterlijke machtiging afgegeven op 12 mei 2022. De periode van 31 maart tot en met 11 mei 2022 telt 42 dagen. De zorgaanbieder verzoekt wijziging van het te betalen bedrag aan schadevergoeding naar een billijke vergoeding van € 10 per dag, zodat de toe te kennen schadevergoeding moet worden vastgesteld op een bedrag van € 420.

Oordeel

De rechtbank vindt het opmerkelijk dat geen beslissing omtrent de wilsbekwaamheid van betrokkene, zoals bedoeld in artikel 3, tweede en derde lid Wzd, is vastgelegd, terwijl de zorgverantwoordelijke hiertoe reeds verplicht was bij aanvang van de opname. Niet is gebleken dat de in de genoemde artikelen beschreven procedure is gevolgd. De zorgverantwoordelijke heeft pas toen er namens betrokkene om schadevergoeding werd gevraagd het oordeel van een arts – waarvan niet kan worden vastgesteld of dit een deskundige, niet bij de zorg betrokken arts betreft – omtrent de wilsbekwaamheid ingewonnen. Dit had in overleg met de vertegenwoordiger (dochter) gemoeten, en het is de rechtbank ook niet gebleken dat de vertegenwoordiger hierbij is betrokken.

Onweersproken is volgens de rechtbank vast komen te staan dat verzoekster in de periode van 31 maart 2022 tot en met 11 mei 2022 zonder wettelijke titel en onvrijwillig heeft verbleven bij de zorgaanbieder. De rechtbank is daarmee van oordeel dat de wet niet in acht is genomen door de zorgaanbieder en dat er, gelet op hetgeen namens verzoekster is aangevoerd, sprake is van nadeel voor verzoekster. Verzoekster heeft in totaal 42 dagen zonder rechtsgeldige titel en in onzekerheid en stress in de kliniek verbleven als gevolg van het niet naleven van de wet door de kliniek.

Over de hoogte van de schadevergoeding oordeelt de rechtbank als volgt. De rechtbank volgt hierbij niet het tarief dat gebruikelijk is in strafzaken, omdat het onvrijwillig onder

beschuldiging vastzitten in een huis van bewaring over het algemeen een andere en zwaardere situatie is. Bij te laat beslissen en daardoor een periode van opname zonder titel, maar waarbij daarna alsnog een (opname)machtiging is verleend, met verdiscontering van de dagen waarmee de beslistermijn is overschreden, zal de rechtbank een bedrag van € 25 per dag aanhouden, zodat de toe te kennen schadevergoeding wordt vastgesteld op een bedrag van € 1050. Er is geen sprake van een vrijheidsbeneming die achteraf bezien niet had behoren plaats te vinden of die langer heeft geduurd dan zonder het procedureel verzuim het geval zou zijn geweest. De schade bestaat uit spanning en onzekerheid door het uitblijven van een tijdige beslissing.

De rechtbank wijst het verzoek tot schadevergoeding toe en veroordeelt de zorgaanbieder tot betaling van een schadevergoeding ter hoogte van € 1050.

mr. A.M. De Nijs

Instantie: Rechtbank Amsterdam

Datum uitspraak: 11-10-2022

ECLI: ECLI:NL:RBAMS:2022:5855

Zaaknummer: C/13/722510 / FA RK 22/5574

Rechters: Brink, D. van den D. van den Brink

Advocaten: R.M.G. Sussenbach en I. Wassenaar

Wetsartikelen: artikel 44 Wzd

RECHTSPRAAK

Rechterlijke machtiging toegewezen. Geen alternatieven voor gesloten afdeling.

De rechtbank wijst het verzoek tot toewijzen van een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd toe. Het weglloopgedrag en de onveilige verkeersdeelneming van een dementerende man vormen de voornaamste redenen voor een aanvraag van een rechterlijke machtiging op grond van de Wzd. Het lukt niet om op de open afdeling alternatieven voor opname op een gesloten afdeling te realiseren.

Feiten

Ten aanzien van de betrokkene is door het Centrum Indicatiestelling Zorg ('CIZ') een verzoek ingediend tot het verlenen van een machtiging als bedoeld in artikel 24 van de Wet zorg en dwang ('Wzd').

De betrokkene lijdt aan een psychogeriatrische aandoening, te weten een dementieel syndroom met multifactoriële oorzaak. De raadsman van betrokkene heeft ter zitting gepleit voor afwijzing van het verzoek. Ten aanzien van het ernstig nadeel heeft de raadsman aangegeven dat het weglloopgedrag van betrokkene, dat de voornaamste reden voor deze aanvraag vormt, heel weinig voorkomt. De raadsman van betrokkene heeft verder betoogd dat het ernstig nadeel ook via technische voorzieningen in de vorm van een alarmeringssysteem kan worden afgewend, omdat hiermee in de gaten kan worden gehouden of betrokkene naar buiten wil gaan en of betrokkene gezagsgetrouw is, waardoor hij niet naar buiten zal gaan als hij hierop wordt aangesproken.

Gebleken is dat betrokkene zich verzet tegen de opname en het verblijf.

Oordeel

De rechtbank overweegt dat betrokkene al in de thuissituatie beschikte over een GPS-tracker, omdat hij niet altijd de weg naar huis kon vinden en dan was aangewezen op hulp van anderen. De rechtbank stelt op grond van de stukken en de bespreking ter zitting vast dat

betrokkene enkele malen per week naar buiten gaat en dat uit observaties van ergotherapeuten en een bewegingsagoog volgt dat betrokkene niet meer veilig kan deelnemen aan het verkeer. Deze observaties tonen aan dat betrokkene onvoldoende rekening houdt met andere weggebruikers en dat de veiligheid van hemzelf en medeweggebruikers niet gewaarborgd kan worden. Zo steekt betrokkene over zonder goed te kijken en loopt hij door het rode licht.

De rechtbank is van oordeel dat dit gedrag leidt tot ernstig nadeel, te weten het bestaan van het aanzienlijk risico op ernstig lichamelijk letsel en de situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

De rechtbank overweegt dat uit de stukken en de behandeling ter zitting volgt dat het niet lukt om op de open afdeling alternatieven voor opname op een gesloten afdeling te realiseren. Het personeel heeft aangegeven geen alarmeringssysteem voorhanden te hebben of te kunnen aanleggen waarbij de zorg gealarmeerd wordt op het moment dat betrokkene bij de lift staat om naar buiten te gaan. Daarbij heeft de afdeling niet de capaciteit om continu in de gaten te houden of betrokkene aanstalten maakt om naar buiten te gaan en mag het personeel betrokkene niet tegenhouden op het moment dat hij naar buiten wil gaan.

Gelet op het voorgaande is de rechtbank van oordeel dat de opname en het verblijf noodzakelijk en geschikt zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden en er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden. Ook is voldaan aan de criteria voor verlening van een rechterlijke machtiging tot opname en verblijf als bedoeld in de Wzd. De machtiging zal worden verleend voor de verzocht duur van zes maanden.

mr. A.M. De Nijs

Instantie: Rechtbank Noord-Holland

Datum uitspraak: 30-09-2022

ECLI: ECLI:NL:RBNHO:2022:9040

Zaaknummer: C/15/331962 / FA RK 22-4318

Rechters: Haak, W.P. van der W.P. van der Haak

Advocaten: G.E. Helder

Wetsartikelen: artikel 24 Wzd