Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

Strafrecht en de (kwaliteit van) zorg

Een benadering vanuit de gezondheidsrechtelijke praktijk*

*Mr. W.R. Kastelein***

I. Inleiding

Het strafrecht speelt naar het lijkt steeds vaker een prominente rol in de zorg, mede door een aantal geruchtmakende zaken.[1] Mevis sprak in 2007 al van oprukkende strafrechtelijke aansprakelijkheid van de arts.[2] Ook de regelgeving heeft hierop ingespeeld.[3] Dit roept vragen op over de betekenis van het strafrecht in de zorg en de effecten van het gebruik van het strafrecht in de zorg op de kwaliteit van zorg. Het bestuur van de VGR heeft daarin aanleiding gezien de najaarsvergadering 2014 aan dit onderwerp te wijden.
In de zorg worden fouten gemaakt. Volgens onderzoek zouden ongeveer tweeduizend patiënten per jaar overlijden ten gevolge van vermijdbare fouten in de zorg.[4] Dat wil niet zeggen dat in al deze gevallen sprake zal zijn van (ernstige) verwijtbaarheid, maar aangenomen mag worden dat daarvan in een substantieel aantal gevallen sprake is. Het aantal strafzaken waarin een BIG-geregistreerd arts of zorginstelling wordt vervolgd wegens dood of zwaar lichamelijk letsel door schuld is gemiddeld niet meer dan maximaal circa één à twee per jaar. Het aantal opsporingsonderzoeken zal ongetwijfeld groter zijn.[5] Het aantal artikel 12 Sv-procedures is niet bekend. Het aantal strafvervolgingen op grond van artikel 96 Wet BIG is sinds de invoering van de Wet BIG in 1997 op de vingers van één hand te tellen.
Bij zorgaanbieders roept het strafrecht in het algemeen geen positieve associaties op. Strafrecht wordt gezien als een ultimum remedium en niet geschikt geacht als instrument om de kwaliteit van de zorg te bewaken of bevorderen. Aan de toegevoegde waarde van het strafrecht in de zorg wordt getwijfeld. Een strafrechtelijk onderzoek wordt als omslachtig en bedreigend ervaren en een vervolging als een definitief einde van de carrière. Ook voor slachtoffers levert een strafrechtelijke procedure lang niet altijd datgene op waarop zij

* Dit artikel is een bewerking van een voordracht gehouden voor de najaarsvergadering 2014 van de Vereniging voor Gezondheidsrecht. De tekst is afgesloten op 1 december 2014.

** Willemien Kastelein is advocaat/partner bij Nysingh advocaten en notarissen te Zwolle.

1 Zie bijvoorbeeld in 2013/2014 de zaak tegen de neuroloog Jansen Steur en de zaak tegen de Hoornse gynaecoloog.

2 Zie P.A.M. Mevis, *Gezondheidsrecht en strafrecht, ontwikkelingen in een niet altijd even gemakkelijke relatie*, (deel)preadvies uitgebracht ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 20 april 2007, Den Haag: Sdu 2007.

3 Zie de (vernieuwde) Aanwijzing feitenonderzoek/strafrechtelijk onderzoek en vervolging in medische zaken, *Stcrt.* 2012, 26863, in werking getreden op 1 januari 2013.

4 *Monitor zorggerelateerde schade 2011/2012: dossieronderzoek in Nederlandse ziekenhuizen*, NIVEL 2013.

5 Zie voor cijfers 2010-2012: J.G. Sijmons e.a., *Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw, oktober 2013, p. 215; alleen 2012 lijkt een uitschieter te zijn qua vervolgingen.

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

gehoopt hadden. De procedure duurt in het algemeen lang, leidt vaak tot een sepot en als er al een sanctie volgt, wordt de straf als (te) licht ervaren.
Opvallend genoeg geldt dat echter niet voor een van de belangrijkste (potentiële) delicten in de zorg, namelijk levensbeëindiging langs de weg van euthanasie of hulp bij zelfdoding. Zowel de strafrechter als de wetgever in het strafrecht heeft daarbij een belangrijke rol vervuld waar het gaat om normering van het medisch handelen; zij vervullen die rol nog steeds. Dit roept de vraag op of dat niet ook voor andere delicten in de zorg zou kunnen gelden. Daarop wordt later in deze bijdrage teruggekomen.
Een knelpunt in het kader van de (toetsing van de) kwaliteit van de zorg is de samenloop van het bestuursrechtelijk en strafrechtelijk toezicht en de samenloop van straf- en tuchtrecht. Informatie aan toezichthouders zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan bij het Openbaar Ministerie (OM) terechtkomen (en vice versa) en in een juridische procedure worden gebruikt.[6] Op grond van artikel 4a van de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Kwzi) is iedere zorginstelling verplicht een calamiteit, dat wil zeggen een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van zorg en die tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt/cliënt van de instelling heeft geleid, aan IGZ te melden. IGZ verplicht de instelling op grond van de Leidraad meldingen IGZ 2013 onder meer om naam en contactgegevens van de betrokken beroepsbeoefenaar en betrokken cliënt te vermelden en om de calamiteit te onderzoeken, te evalueren en maatregelen te formuleren. Op grond van de Handreiking samenwerkings- en informatieprotocol IGZ-OM dient IGZ aan het OM melding te doen van calamiteiten die ook een medische strafzaak zijn, dat wil zeggen dat er een redelijk vermoeden is van schuld aan een strafbaar feit. Op grond van artikel 162 lid 1 onder c Sv kan IGZ ook verplicht zijn aangifte te doen.
Door de betrokken beroepsbeoefenaar wordt toetsing door straf- en tuchtrechter vaak als dubbele berechting ervaren.

Deze bijdrage is als volgt opgebouwd. Eerst zal een samenvatting worden gegeven van de toepasselijke wet- en regelgeving en een inventarisatie van de recente jurisprudentie en literatuur, met bijzondere aandacht voor de samenloop van straf- en tuchtrecht in de zorg. Aan de hand hiervan zal een aantal knelpunten met betrekking tot de kwaliteit en de normering van die kwaliteit van zorg worden geïnventariseerd, waarna getracht zal worden hiervoor oplossingen aan te dragen.

II. Toepasselijke wet- en regelgeving

In deze bijdrage wordt de belangrijkste strafwetgeving voor de zorg en voor zover van belang overige regelgeving in de zorg besproken. Daarbij zijn keuzes gemaakt, want er is veel wetgeving met strafbepalingen die betrekking heeft op de zorg. Hier worden echter alleen de zgn. levensdelicten behandeld. Uit de literatuur en jurisprudentie blijkt dat die

6 Zie Handreiking samenwerkings- en informatieprotocol OM-IGZ (versie 28 oktober 2010) en Samenwerkingsprotocol Volksgezondheid tussen de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Openbaar Ministerie (OM), beide gepubliceerd als bijlage bij *Kamerstukken I* 2008/09, 31122, H. Zie ook de Leidraad Meldingen IGZ 2013, *Stcrt.* 2013, 29693 (deze zal worden ingetrokken bij de inwerkingtreding van het Uitvoeringsbesluit Wkkgz, zie *Kamerstukken II*, 32402, 67).

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

delicten in de zorg het meest in de picture staan en waarschijnlijk ook voor de kwaliteit van de zorg de grootste consequenties hebben.[7] Dat wil niet zeggen dat deze delicten ook het meeste voorkomen; daarover bestaat geen (harde) informatie.
Besproken worden actieve levensbeëindiging, dat wil zeggen euthanasie, hulp bij zelfdoding en in het uiterste geval doodslag of zelfs moord. Daarnaast worden besproken dood of zwaar lichamelijk letsel door schuld, het in de steek laten van een hulpbehoevende, (zware) mishandeling en het opzettelijk benadelen van de gezondheid. Dit zijn alle misdrijven die opzet of schuld vereisen. Het OM moet dit bewijzen. Er wordt geen aparte aandacht geschonken aan artikel 96 Wet BIG, aangezien, mede ten gevolge van de korte verjaringstermijn en de beperkte reikwijdte, van dit artikel nauwelijks gebruik wordt gemaakt.[8]

1. Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Op grond van de artikelen 293 en 294 Sr zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding strafbaar. Bij de invoering van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (Wtl) in 2002 zijn de zorgvuldigheidsnormen die in de jurisprudentie van de Hoge Raad vanaf 1984 in het zgn. Schoonheim-arrest waren geformuleerd, gecodificeerd in de vorm van een bijzondere strafuitsluitingsgrond vastgelegd in artikel 293 lid 2 Sr.[9] Tot 2002 moest de arts zich beroepen op overmacht in de zin van conflict van plichten zoals geregeld in artikel 40 Sr.
De constructie die na jaren van discussie is gekozen in het Wetboek van Strafrecht en uitgewerkt in de Wtl is een uitzonderlijke. Strafbaar handelen wordt niet strafbaar verklaard als aan bepaalde in de Wtl en de Wet op de lijkbezorging vastgelegde zorgvuldigheideisen is voldaan.[10] Van de arts wordt verwacht dat hij euthanasie meldt bij de gemeentelijk lijkschouwer door invulling van een formulier mededeling aan de gemeentelijk lijkschouwer. Bij deze mededeling voegt de arts een beredeneerd verslag inzake de inachtneming van de zorgvuldigheidseisen als bedoeld in artikel 2 Wtl.[11] De gemeentelijk lijkschouwer brengt vervolgens verslag uit aan de regionale toetsingscommissie euthanasie (RTE), waarbij hij het beredeneerde verslag meezendt.[12]
De RTE toetst achteraf of de arts heeft gehandeld overeenkomstig de in artikel 2 Wtl neergelegde zorgvuldigheidseisen. Het oordeel van de RTE wordt ter kennis gebracht van het college van procureurs-generaal en de regionaal inspecteur voor de gezondheidszorg. De RTE is, onder mededeling aan de arts, verplicht aan de OvJ desgevraagd alle inlichtingen te verstrekken welke hij nodig heeft om het handelen van de arts te beoordelen indien de arts naar het oordeel van de RTE niet overeenkomstig de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld of als de OvJ meent geen verlof tot begraving of crematie te kunnen geven, dan wel ten behoeve van een opsporingsonderzoek.

7 Zie bijvoorbeeld P.A.M. Mevis, *Gezondheidsrecht en strafrecht, ontwikkelingen in een niet altijd even gemakkelijke relatie,* (deel)preadvies uitgebracht ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van de Vereniging voor Gezondheidsrecht op 20 april 2007, Den Haag: Sdu 2007.
8 Zie voor de redenen de *Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg* (zie noot 5), p. 225.
9 Zie HR 27 november 1984, *NJ* 1985/106, *TvGR* 1985/16.
10 Hieraan was een procedurele wettelijke regeling van de meldingsprocedure euthanasie voorafgegaan waarin ook melding bij de toetsingscommissies euthanasie was opgenomen.
11 Zie art. 7 lid 2 Wet op de lijkbezorging (Wlb).
12 Zie art. 10 lid 2 Wlb.

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

De normering van het medisch handelen bij euthanasie via een uitzonderlijke strafrechtelijke inbedding kan als een succes worden beschouwd. Uit de evaluatieonderzoeken blijkt[13] dat de Wtl bijdraagt aan het vergroten van de zorgvuldigheid en transparantie van levensbeëindigend handelen door artsen en aan de rechtszekerheid van artsen. De Wtl vergroot de rechtszekerheid, komt de zorgvuldigheid van de euthanaserend arts ten goede en vergroot de toetsingsmogelijkheden. Wel is er in de samenleving discussie over sommige beslissingen van de RTE's, met name bij euthanasie bij kwetsbare patiënten, zoals psychiatrische en demente patiënten.[14] De reikwijdte en de betekenis van de schriftelijke wilsverklaring wordt daarbij ter discussie gesteld, terwijl onderzoek laat zien dat de lijn van de RTE's niet in strijd is met de wet(sgeschiedenis).[15] Bij de maatschappelijke discussie lijkt zich enigszins te wreken dat de RTE, net zoals een rechter, 'jurisprudentie' maakt, maar geen onafhankelijke rechtsprekende instantie is, ook niet als zodanig is samengesteld en dus kwetsbaar lijkt voor kritiek. Kritiek van de beroepsorganisatie van artsen op uitspraken van de commissie en een afwijkende normstelling vanuit de beroepsgroep leiden vervolgens tot een roep om meer toezicht en controle op de oordelenlijn van de RTE's.[16]
De RTE's kunnen in het kader van transparantie zelf nog wel het een en ander verbeteren, bijvoorbeeld door het uitvoeriger motiveren van hun oordelen en regelmatige publicatie van belangrijke oordelen.

2. Dood en lichamelijk letsel door schuld

De artikelen 307, 308 en 309 Sr regelen de delicten dood en zwaar lichamelijk letsel door schuld. Schuld in deze artikelen houdt in dat de verdachte aanmerkelijk onvoorzichtig en/of onachtzaam en/of nalatig moet hebben gehandeld. Er moet dus sprake zijn van grove nalatigheid welke door het OM moet worden bewezen. De in acht te nemen voorzichtigheid en zorgvuldigheid moeten groter zijn naarmate het negatieve gevolg beter voorzienbaar is en daardoor op de zorgverlener een verzwaarde zorgplicht kan rusten. De verdachte kon anders handelen (vermijdbaarheid) en moest ook anders handelen (verwijtbaarheid). De standaard waaraan gedrag wordt afgemeten, wordt bovendien mede bepaald door de zogenaamde *Garantenstellung*, waarbij van personen in een bepaalde hoedanigheid een bijzondere zorgplicht wordt verwacht, aldus A-G Vegter in zijn conclusie bij het zgn. Klimmuur-arrest.[17]
Die aanmerkelijke onvoorzichtigheid enz. is noodzakelijk voor bewezenverklaring van het delict, ondanks het gegeven dat er een tendens is naar snellere toerekening. Zo overwoog de Hoge Raad in het Klimmuur-arrest (contrair aan A-G Vegter) het volgende:

13 B.D. Onwuteaka-Philipsen e.a., *Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw 2007, A. van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw 2013.

14 Opinie KNMG 'Van arts kan niet verwacht worden dat hij demente "spijtoptant" doodt', *de Volkskrant* 28 februari 2013.

15 Zie brief van de Minister van VWS van 4 juli 2014, *Kamerstukken II* 2013/14, 32647, 30, inclusief een analyse van de wetsgeschiedenis van art. 2 lid 2 Wtl, en een analyse van de jurisprudentie: P.A.M. Mevis, S.R. Bakker, L. Postma & J.H.J. Verbaan, *Schriftelijke wilsverklaring euthanasie bij wilsonbekwame patiënten: een jurisprudentieonderzoek*, WODC, Ministerie van Veiligheid & Justitie 2014.

16 Zie A. Hendriks, 'Meer (toe)zicht op toetsing euthanasie dringend gewenst', *NJB* 2014, p.1308-1312.

17 HR 7 februari 2012, ECLI:NL:HR:2012:BU2878, *NJ* 2012/119,

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

'De overwegingen van het Hof moeten aldus worden begrepen dat het Hof heeft geoordeeld dat wegens het ontbreken van voldoende verwijtbaarheid geen sprake is geweest van min of meer grove of aanmerkelijke schuld (…). Dat geldt ook voor de overweging "dat niet van enige nonchalance of nalatigheid van enige aard bij het verrichten van de taak van zekeraar is gebleken" waarin het Hof – mede gelet op de overige vaststellingen en overwegingen – kennelijk tot uitdrukking heeft willen brengen dat geen sprake was van nonchalance of nalatigheid in de voor min of meer grove of aanmerkelijke schuld vereiste zin.'

3. Het in de steek laten van een hulpbehoevende en/of opzettelijke benadeling van de gezondheid

In de artikelen 255 en 257 Sr is neergelegd dat een persoon die tot verzorging krachtens overeenkomst of wet verplicht is, strafbaar is als hij die persoon opzettelijk in hulpeloze toestand brengt of laat (met een strafverzwaring als dit zwaar lichamelijk letsel of de dood tot gevolg heeft). Het betreft hier een opzetdelict waarvoor derhalve ten minste voorwaardelijk opzet bewezen moet worden. Daarnaast zal bewezen moeten worden dat de patiënt in hulpeloze toestand verkeerde. Dit kan in het geval van een geneeskundige behandelingsovereenkomst problematisch zijn, omdat patiënten in het algemeen wel in staat zijn zich tot een andere beroepsbeoefenaar te wenden en dus niet hulpeloos zijn.[18]

Ook het opzettelijk benadelen van de gezondheid zoals vastgelegd in artikel 300 lid 4 Sr is een opzetdelict waarbij het bewijzen van (voorwaardelijk) opzet een door het OM te nemen hindernis vormt. In de reguliere zorg komt dit delict sporadisch voor, maar in de alternatieve zorg is wel een aantal zaken te vinden waarin opzet bewezen wordt geacht. Het Hof Arnhem-Leeuwarden oordeelde bijvoorbeeld dat van opzet op de benadeling van de gezondheid sprake was doordat een natuurgenezeres niet-wetenschappelijke behandelmethodes hanteerde, patiënt niet verwees naar een reguliere arts terwijl zij wist dat zij ernstig ziek was en daarmede de aanmerkelijke kans op benadeling van de gezondheid van de patiënt had aanvaard. Hiervoor is tevens vereist dat er een causaal verband is tussen de grove schending van de zorgplicht en de benadeling van de gezondheid van het slachtoffer.[19] De Hoge Raad achtte in de zgn. Millecam-zaak geen sprake van opzettelijke benadeling van de gezondheid omdat Jomanda, een (niet BIG-geregistreerd) genezend medium, Millecam het advies had gegeven een arts te bezoeken.[20] Door het advies een arts te bezoeken zal, aldus de Hoge Raad, niet snel sprake zijn van een grove schending van de zorgplicht.

Anders oordeelde de Hoge Raad in de zaken tegen twee BIG-geregistreerde artsen die Millecam alternatieve therapie hadden gegeven waardoor zij in ernstige mate hun zorgplicht hadden geschonden en willens en wetens de aanmerkelijke kans hadden aanvaard dat de gezondheid van Millecam door hun handelen en nalaten zou worden benadeeld. In

18 Zie Rb. Noord-Nederland 10 juli 2013, ECLI:NL:RBNNE:2013:BZ5022, *GJ* 2013/85; Rb. Overijssel 11 februari 2014, ECLI:NL:RBOVE:2014:646, *TvGR* 2014/25; Hof Amsterdam 16 februari 2007, ECLI:NL:GHAMS:2007:AZ8830; Hof Arnhem-Leeuwarden 28 januari 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:534 (natuurgenezeres).

19 Zie Hof Arnhem-Leeuwarden 28 januari 2014, ECLI:NL:GHARL:2014:534 (natuurgenezeres, hoger beroep van Rb. Noord-Nederland 21 maart 2013, ECLI:NL:RBNNE:2013:BZ5022); zie vergelijkbaar: Rb. Noord-Holland 13 juni 2013, ECLI:NL:RBNHO:2013:CA3046 (54-jarige basisarts/acupuncturist).

20 HR 12 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4859, *GJ* 2013/83, *NJ* 2013/424; in een andere zaak tegen een macrobiotisch deskundige achtte het Hof Amsterdam dit bewijs wel geleverd, Zie Hof Amsterdam 10 februari 2004, ECLI:NL:GHAMS:2004:AO3391.

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

die zaak werd tevens het causaal verband tussen de opzettelijke benadeling van de gezondheid en het zwaar lichamelijk letsel een gegeven geacht.[21]

III. Samenloop van straf- en tuchtrecht

In een aantal van de hiervoor in het kader van het strafrecht kort aangestipte zaken, is de hulpverlener ook tuchtrechtelijk aangeklaagd en veroordeeld. Hieronder zullen vier recente casus kort worden besproken. Daarbij is de beperking aangebracht dat het moet gaan om uitspraken die zowel tuchtrechtelijk als strafrechtelijk zijn gedaan in (grofweg) de afgelopen zes jaar (2009-2014).

1. *Behandelaren van Sylvia Millecam*

Het overlijden van Sylvia Millecam op 20 augustus 2001 en de zorg die daaraan vooraf is gegaan hebben een juridische staartje gehad, zoals hiervoor al kort aangehaald. Zowel het medium Jomanda als twee van de drie behandelend alternatieve artsen zijn strafrechtelijk vervolgd. De drie behandelend artsen zijn ook tuchtrechtelijk door IGZ aangeklaagd. Twee van hen zijn doorgehaald uit het BIG-register, één heeft een onvoorwaardelijke schorsing van een jaar gekregen.[22]

De casus was, kort samengevat, als volgt. Sylvia ontdekte in september 1999 een knobbeltje in haar borst. Zij raadpleegde haar huisarts en na hem nog vier andere regulier werkzame artsen/medisch specialisten in een periode van drie jaar. Zij adviseerden allen operatief ingrijpen. Afspraken die daarvoor werden gemaakt, kwam Millecam niet na. Zij bezocht in diezelfde periode talloze alternatieve genezers, onder wie drie BIG-geregistreerde alternatief werkzame artsen, die haar onderzochten en behandelden met onder meer elektroacupunctuur, zouttherapieën, een magneetveldapparaat, homeopathische middelen en voedingssupplementen. Dit alles zonder succes. Zij overleed in augustus 2001 na een korte opname in het ziekenhuis.

De Hoge Raad veroordeelde in 2013 twee alternatief werkende artsen bij wie Millecam vóór haar overlijden onder behandeling was geweest tot een voorwaardelijke gevangenisstraf voor de duur van drie weken met een proeftijd van één jaar.

Opvallend is de invulling die de Hoge Raad in die arresten geeft aan het zelfbeschikkingsrecht. De Hoge Raad stelt dat het zelfbeschikkingsrecht de arts niet ontslaat van zijn zorgplicht jegens de patiënt, waaronder de plicht de patiënt te (blijven) informeren over de mogelijke nadelen van zijn/haar keuze, en dat de arts onder omstandigheden ook de plicht heeft te proberen een patiënt die een voor zijn of haar gezondheidstoestand onverstandige beslissing lijkt te gaan nemen op andere gedachten te brengen. De artsen hadden Millecam met een op de persoon toegesneden indringende vasthoudendheid en herhaaldelijk moeten proberen het haar toekomende zelfbeschikkingsrecht op een juiste wijze uit te laten oefenen en haar op andere gedachten te brengen. De Hoge Raad stelt aan het handelen van de arts dus aanzienlijk zwaardere eisen dan aan het handelen van een niet BIG-geregistreerd hulpverlener zoals Jomanda. De Hoge Raad oordeelt dat de artsen die Millecam

21 HR 12 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4858, *NJ* 2013/423 en HR 12 maart 2013, ECLI:NL:HR:2013:BY4876, *NJ* 2013/424.

22 Zie CTG 19 juni 2007, *TvGR* 2007/39 t/m 41, m.nt. B. Sluijters onder 2007/41.

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

alternatieve therapie hebben gegeven, willens en wetens de aanmerkelijke kans hebben aanvaard dat de gezondheid van Millecam door hun handelen en nalaten zou worden benadeeld, in die zin dat zij verdere gezondheidsschade zou ondervinden, bestaande uit een aanzienlijke bekorting van de levensverwachting, de toename van ernstige pijnklachten en ernstig lichamelijk letsel als gevolg van het uitblijven van deugdelijke palliatieve zorg.
Het Centraal Tuchtcollege (CTG) vraagt evenals de strafrechter aandacht voor het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt, maar normeert de verhouding arts-patiënt anders.
Het CTG stelt dat als vaststaand mag worden aangenomen dat patiënte bekend is geweest met de door regulier werkende artsen gestelde diagnose borstkanker, en dat zij op de hoogte is geweest van de daarvoor geïndiceerde en geadviseerde behandeling zoals neergelegd in de toepasselijke richtlijnen, maar dat zij om haar moverende redenen een andere weg heeft gekozen. Die persoonlijke keuze van de patiënt acht het CTG echter voor de beoordeling van de klacht niet aan de orde. Het CTG stelt dat het erom gaat of de arts aan patiënte met deze keuze de zorg heeft geboden waartoe hij als arts jegens haar onder de omstandigheden gehouden was. Het CTG stelt daaromtrent het volgende.
Ten aanzien van de behandelingsmogelijkheden dient de alternatief werkzame arts ten minste de patiënt voor te lichten over de bestaande reguliere en alternatieve behandelingsmogelijkheden en hun merites. De arts moet bij de informatie die hij aan de patiënt verschaft steeds duidelijk onderscheid maken tussen diagnostische en behandelingsmogelijkheden voor die patiënt in de reguliere gezondheidszorg en de mogelijkheden binnen de alternatieve zorg om de algemene gezondheidstoestand te verbeteren. Wanneer een arts welbewust afwijkt van hetgeen zijn vak hem voorschrijft, geldt temeer dat hij in zijn verslaglegging op behoorlijke wijze en in voldoende detail inzichtelijk maakt welke overwegingen bij hem en/of zijn patiënt tot een afwijkend beleid hebben geleid. Een en ander legt een zware informatie- en dossierplicht bij de arts die alternatieve zorg biedt. Wanneer een (tevens) alternatief werkend arts de uitdrukkelijke keuze van een patiënt om niet regulier behandeld te worden respecteert, dient dat, en ook het feit dat de patiënt die keuze heeft gemaakt, op basis van adequate informatie uit het dossier te blijken.
Deze relatief milde formulering waar het de ruimte voor alternatieve geneeswijzen betreft, is op kritiek gestuit bij onder meer Sluijters in zijn noot in dit tijdschrift, omdat het erop lijkt dat alternatieve geneeswijzen niet alleen aanvullend aan de reguliere hoeven te worden ingezet. Ten aanzien van het zelfbeschikkingsrecht gaat het CTG minder ver dan de strafrechter.
Het CTG oordeelt dat de artsen ernstig zijn tekortgeschoten in de zorg die zij patiënte hadden moeten geven en legt de maatregel van schorsing van één jaar op aan de ene arts. Aan de andere twee artsen is de maatregel van doorhaling opgelegd.
Van belang is verder dat het CTG expliciet overweegt dat een tuchtklacht geen criminal charge is en derhalve door IGZ, tevens klager in de tuchtzaak, geen cautie hoeft te worden gegeven (in tegenstelling tot in het strafrecht).

2. *De Hoornse gynaecoloog*

Deze casus luidt kort gezegd als volgt: Patiënte beviel na een eerdere gecompliceerd verlopen bevalling, op 5 mei 2009, in het ziekenhuis. De gynaecoloog had dienst vanaf 09.00 uur, bezocht patiënte omstreeks 13.30 uur voor de eerste keer en heeft met haar een

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

proefbaring met bijstimulatie besproken. De dienstdoende klinisch verloskundige heeft omstreeks 15.30 uur haar bezorgdheid geuit over het ingezette beleid waarop de gynaecoloog heeft geantwoord dat, als zij dacht het niet aan te kunnen, zij niet geschikt was voor de tweedelijns verloskunde. Om circa 17.10 uur is de gynaecoloog naar huis gegaan om te eten zonder nadere afspraken te maken met de verloskundige. Hij kon thuis het EPD inzien maar niet het CTG (cardiotocografie = hartfilmpje).
Om circa 20.10 uur heeft een coassistent opgemerkt dat het CTG ernstig verslechterd was en de verloskundige geïnformeerd, die de gynaecoloog heeft gebeld. De gynaecoloog is naar het ziekenhuis gekomen en heeft een spoedsectio gedaan waarbij een uterusruptuur is geconstateerd. Het kind is twee dagen later overleden. De gynaecoloog heeft geen calamiteitenmelding bij de Raad van Bestuur van het ziekenhuis gedaan. De ouders en IGZ dienden een tuchtklacht in.
Het tuchtcollege in eerste aanleg had ernstige kritiek op het beleid van de arts vanaf de aanvang van zijn dienst om 09.00 uur, zowel op zijn medisch inhoudelijk beleid als op zijn communicatie met ouders en verloskundige. Zonder nadere motivering passeert het Centraal Tuchtcollege de verwijten die de periode van 09.00 uur tot 17.00 uur betreffen, het moment waarop de gynaecoloog naar huis ging om te eten.
Het college[23] verwijt de gynaecoloog dat hij na 17.00 uur vanuit huis onvoldoende de regie heeft gehouden, nu hij vanuit huis het CTG niet kon volgen en er sprake was van een risicobevalling. Verder had hij duidelijke afspraken moeten maken met de verloskundige bij zijn vertrek en, toen hij lange tijd niets hoorde, zelf contact moeten opnemen. Voorts achtte het Centraal Tuchtcollege het ongepast en onprofessioneel dat hij in aanwezigheid van anderen de competentie van de verloskundige aan de orde heeft gesteld en dit ook nimmer met de verloskundige heeft uitgepraat. De gynaecoloog krijgt in beide zaken één maatregel van berisping opgelegd.[24]
Het Gerechtshof te Amsterdam acht dood en tevens het toebrengen van zwaar lichamelijk letsel door schuld in de uitoefening van het beroep bewezen met als belangrijkste verwijt dat de gynaecoloog als hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijke vanaf het moment van het ingaan van zijn dienst om 09.00 uur tot hij om 20.10 uur werd gewaarschuwd volstrekt onvoldoende de regie heeft gehad. Het hof citeert daarbij (opvallend genoeg) uit de jurisprudentie van het CTG over het hoofdbehandelaarschap. Het wordt de gynaecoloog zwaar aangerekend dat hij noch omstreeks 13.30 uur noch omstreeks 16.45 uur zijn beleid heeft besproken met de moeder. Hierdoor ontbrak het aan informed consent bij de moeder. Evenmin heeft hij voor het naar huis gaan instructie gegeven aan de verloskundige. Hierdoor is een causaliteitsketen van gebeurtenissen veroorzaakt die gezamenlijk hebben geleid tot de fatale afloop. Daarmede staat voor het hof (ook) vast dat de gynaecoloog heeft gehandeld in strijd met de eisen van het goed hulpverlenerschap en in strijd met de eisen die aan een redelijk bekwaam zorgverlener kunnen worden gesteld. Het hof legt de gynae-

23 De inhoud van de beslissing van het CTG is milder dan die van het tuchtcollege in eerste aanleg. Daarover is discussie ontstaan, zie bijv. J.H. Hubben, 'Uitspraak in Hoornse zaak onbegrijpelijk', *Medisch Contact* 2 mei 2013, p. 945-947. Hier wordt verder alleen de uitspraak van het CTG behandeld.

24 CTG 27 november 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2440, *TvGR* 2013/9.

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

coloog geen straf of maatregel op omdat dat naar het oordeel van het hof geen strafrechtelijk relevant doel meer dient.[25]

3. *De Twentse neuroloog*

De zaken tegen neuroloog Jansen Steur kunnen qua omvang en ernst als uniek worden gekwalificeerd. Zowel tucht- als strafrechter oordeelde streng. De twee zaken zijn overigens slechts gedeeltelijk vergelijkbaar omdat het om andere patiënten en casus ging. Het ging echter wel om deels vergelijkbare verwijten.

De casus luidt kort samengevat als volgt. De neuroloog was bekend om zijn expertise op het gebied van Alzheimer en Parkinson. Vanaf circa 2000 kwamen er klachten over hem. De omvang van de ernst en precieze aard van de klachten is echter pas veel later duidelijk geworden. Bij overname van patiënten van de neuroloog door collegae in 2003/2004 bleek dat hij een aantal foute diagnoses had gesteld. Daarna volgden klachtprocedures in 2004. Hierna volgden in 2009 en latere jaren onderzoeksrapportages van twee commissies-Lemstra en de commissie-Hoekstra. Al deze commissies oordeelden uiterst negatief over het handelen van Jansen Steur en andere betrokkenen/verantwoordelijken.

Een vijftal patiënten c.q. nabestaanden klaagden de neuroloog in 2013 aan bij het tuchtcollege in Zwolle. Opvallend is dat IGZ geen gebruik maakte van haar klachtrecht, maar wel in een parallelle procedure door dezelfde patiënten werd aangeklaagd wegens laksheid bij het toezicht op Jansen Steur.[26] Het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle haalde de inschrijving van de neuroloog in het BIG-register door wegens het te snel en op dubieuze gronden tot een diagnose komen, het ten onrechte diagnosticeren van ernstige, chronische en veelal progressieve aandoeningen, het ten onrechte voorschrijven van medicatie met vaak ernstige bijwerkingen, ondermaatse dossiervoering en follow-up en overmatig middelengebruik waardoor zijn medische oordeelsvorming negatief werd beïnvloed.[27] Noch destijds noch ter zitting vertoonde de neuroloog twijfel over de juistheid van zijn handelen, mede waardoor het tuchtcollege het nodig achtte de zwaarste maatregel op te leggen.

De Rechtbank Overijssel veroordeelde Jansen Steur op 11 februari 2014 tot drie jaar onvoorwaardelijke gevangenisstraf wegens opzettelijke benadeling van de gezondheid van acht patiënten, wat bij zeven patiënten tot zwaar lichamelijk (waaronder tevens te verstaan: psychisch) letsel heeft geleid. Voorts wordt de suïcide van een patiënt als gevolg van het opzettelijk benadelen van de gezondheid aan de neuroloog toegerekend. De rechtbank geeft daaraan voorafgaand een beschouwing over het begrip 'redelijke toerekening'. De rechtbank formuleert daarvoor de volgende criteria: er is sprake van een conditio sine qua non, er is sprake van een relevante veroorzakende factor, er zijn indicatoren op grond waarvan mag worden aangenomen dat het (verboden) gevolg 'in redelijkheid aan de verdachte is toe te rekenen', en er zijn geen contra-indicatoren (doorslaggevende factoren) die

25 Hof Amsterdam 17 juni 2014, ECLI:NL:GHAMS:2014:2280; de advocaat van de gynaecoloog heeft cassatie aangekondigd.

26 Zie Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle 13 juni 2014, ECLI:NL:TGZRZWO:2014:75 t/m 77. In alle zaken werden klagers ontvankelijk geacht. Een van de drie aangeklaagde inspecteurs kreeg de maatregel van waarschuwing opgelegd, de andere klachten werden afgewezen. Hoger beroep is aangetekend.

27 Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle 20 december 2013, ECLI:NL:TGZRZWO:2013:66, *TvGR* 2014/10 (het hoger beroep dat de neuroloog tegen deze beslissing had ingesteld, heeft hij later ingetrokken).

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

eraan in de weg staan dat het gevolg in redelijkheid aan de verdachte moet worden toegerekend.
Tevens acht de rechtbank bewezen dat de ex-neuroloog zich schuldig had gemaakt aan diefstal van een receptenblok, valsheid in geschrifte met machtigingsformulieren en receptenpapier en verduistering van stichtingsgelden. Bij het bepalen van de strafmaat neemt de rechtbank in aanmerking de schade die de ex-neuroloog heeft toegebracht aan het vertrouwen in de medische stand, het gebrek aan inzicht in de laakbaarheid van zijn handelen en het niet aanvaarden van de volle verantwoordelijkheid voor zijn handelen.[28] Van het delict opzettelijk in een hulpeloze toestand brengen of laten wordt de neuroloog vrijgesproken, omdat er geen sprake was van patiënten die zichzelf niet konden redden, waardoor zij niet in staat waren zichzelf adequate hulp te verschaffen.

4. De Haagse borstchirurg

Een BIG-geregistreerd gynaecoloog opent een privékliniek waarin hij in 2008 en 2009 esthetische chirurgische behandelingen uitvoert, waarvan circa driehonderd borstvergrotingen. Hij afficheert zich (ten onrechte) als (borst)chirurg. Al snel krijgt IGZ meldingen van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) over ernstige wondinfecties waarna de borstprotheses moesten worden verwijderd. IGZ brengt de kliniek naar aanleiding daarvan op 25 juni 2009 een onaangekondigd bezoek, waarna op 26 juni een bevel tot sluiting volgt dat op 2 juli door de minister van VWS wordt verlengd.
IGZ dient vervolgens een tuchtklacht in die op 23 juni 2011 leidt tot een doorhaling van de arts in het BIG-register.[29] Het OM vervolgt de arts. Dit leidt (vooralsnog) tot een vrijspraak door de Rechtbank Den Haag op 30 oktober 2014.[30]
In beide procedures is vastgesteld dat de door de arts tijdens de borstcorrecties gebruikte operatiekamer niet voldoet aan de geldende richtlijnen, dat de arts de regels voor infectiepreventie niet naleefde, dat de door hem gebruikte mamma-navigator niet CE-gemarkeerd was, dat hij bij een aantal patiënten in de nazorg tekortschoot en dat hij ten onrechte de titel van chirurg voerde.
In de tuchtzaak oordeelde het CTG dat de omstandigheden waaronder hij sedatie toepaste te risicovol waren, dat de dossiervoering niet voldeed aan de daaraan te stellen eisen en dat de arts niet *lege artis* werkte door een insufficiënte techniek met de mamma-navigator toe te passen. Verder was het CTG van oordeel dat het gelet op de aard en het aantal van de postoperatieve wondinfecties aannemelijk was dat er een oorzakelijk verband bestond tussen de infecties en de behandeling door de arts en dat de arts zich ten onrechte onvoldoende frequent had laten onderzoeken op MRSA. Het CTG acht de kans op disfunctioneren van de arts in de toekomst groot en oordeelt dat de arts, gelet op het grote aantal ernstige klachten en de wijze waarop hij daarop heeft gereageerd, inzicht in zijn eigen verantwoordelijkheid mist.
In de strafzaak wordt de arts onder meer ten laste gelegd dat hij tien patiënten zou hebben mishandeld, waardoor zij zwaar lichamelijk letsel hebben opgelopen en/of hun gezond-

28 Rb. Overijssel 11 februari 2014, ECLI:NL:RBOVE:2014:646, *TvGR* 2014/25; de neuroloog heeft hoger beroep aangetekend.
29 ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1358.
30 ECLI:NL:RBDHA:2014:13243. Het Openbaar Ministerie heeft hoger beroep aangetekend.

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

heid opzettelijk is benadeeld (art. 300 Sr), en dat door zijn schuld zwaar lichamelijk letsel is ontstaan (art. 308 Sr).
De rechtbank oordeelt dat er een causaal verband bestaat tussen de door de arts verrichte operaties en het bij de slachtoffers opgetreden letsel, maar dat de arts een beroep kan doen op de zogenaamde medische exceptie omdat de operaties medisch geïndiceerd zouden zijn geweest, de handelingen in voldoende mate volgens de regelen der kunst zouden zijn verricht en de betrokken patiënten toestemming zouden hebben verleend. Dit oordeel is op zijn minst genomen opvallend te noemen. Immers, strikt genomen is van een medische indicatie geen sprake. Het ging om puur esthetische en cosmetische operaties. De rechtbank stelt dat algemeen aanvaard is dat het bereiken van een bepaald esthetisch resultaat door middel van een cosmetische ingreep een legitiem behandelingsdoel is en doet daarmee dit punt af. Verder oordeelt de rechtbank wel dat niet geheel volgens de regelen der kunst is gehandeld door gebruik te maken van een ongeschikte operatiekamer en door niet of onvoldoende reinigen van de gebruikte mamma-navigator, maar achtte zij niet vaststaand dat er onvoldoende bevoegd personeel zou zijn geweest, dat de randvoorwaarden bij sedatie ontbraken en dat de statusvoering onvoldoende zou zijn geweest. Aan het feit dat in het dossier stelselmatig de ontslagbrieven aan de huisarts ontbraken, geen aantekening van telefoongesprekken over de nazorg plaatsvond en dat het handschrift van de arts onleesbaar was, kent de rechtbank geen betekenis toe. De rechtbank oordeelt dat er in voldoende mate sprake was van informed consent op grond van de intakeformulieren die zich in het dossier bevonden en het door aangeefsters ondertekende informed consent-formulier.
Het gebruik van de mamma-navigator acht de rechtbank niet in strijd met de professionele standaard, nu de Belgische collega/opleider van de verdachte arts in een verklaring (als enige) stelt dat het een goed apparaat is en voor beslagen chirurgen de voorkeursmethode voor het inbrengen van ruw-wand siliconen prothesen.
De gegeven nazorg acht de rechtbank in vier van de tien gevallen niet adequaat. Bovendien heeft de arts onvoldoende adequaat onderzoek verricht toen hij constateerde dat meerdere patiënten zich bij hem met afstotingsverschijnselen meldden.
Vervolgens komt de rechtbank met de opvallende redenering dat niet iedere fout, ook al wordt die meermalen en in dezelfde context gemaakt, een beroep op de medische exceptie hoeft uit te sluiten.
Ondanks de geconstateerde nalatigheden voor wat betreft de operatiekamer en de falende reiniging en/of desinfectie oordeelt de rechtbank dat de arts de ingrepen volgens de regelen der kunst heeft verricht, waarbij een belangrijke rol speelt dat de arts niet tekort zou zijn geschoten bij de technische uitvoering van de ingrepen. Of de verdachte een verwijt kan worden gemaakt ten aanzien van de opgetreden infecties staat niet vast, omdat de bron niet is vastgesteld. De verwijten die de verdachte kunnen worden gemaakt over de kliniekvoering en de nazorg zijn derhalve niet zodanig zwaarwegend dat hem een beroep op de medische exceptie moet worden ontzegd. De medische ingrepen zijn derhalve niet wederrechtelijk verricht, aldus de rechtbank.

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

IV. Beschouwing

Een analyse van de hierboven genoemde jurisprudentie laat zien dat de strafrechter in twee van de besproken zaken een scherpere normstelling lijkt te hanteren dan de tuchtrechter. Dit geldt voor de waardering van het (ontbreken van het) informed consent in de zaken tegen de artsen/behandelaren van Sylvia Millecam, de wijze waarop het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt wordt ingevuld in deze zaken, de waardering van het (ontbreken van het) informed consent in de zaak tegen de Hoornse gynaecoloog, en de invulling van het begrip goede zorg en hoofdbehandelaarschap in die zaak. De beoordeling in de zaak tegen de Twentse neuroloog lijkt vergelijkbaar in uitkomst, maar de toerekening in deze strafzaak gaat ongewoon ver en leidt tot een in de zorg tot nu toe ongebruikelijk hoge straf.
De recente strafzaak tegen de Haagse borstchirurg vormt hierop een uitzondering. Aangetekend moet worden dat de besproken periode beperkt is en derhalve ook het aantal zaken dat vergeleken kon worden. Al te vergaande conclusies kunnen dus niet worden getrokken.
Uit eerder onderzoek waarin samenloop van klachtprocedures, tuchtzaken, civiele zaken en strafzaken zijn vergeleken over een periode van tien jaar, namelijk de periode 1997-2007, bleek dat de uitkomst van tucht- en strafzaken vergelijkbaar was in die zin dat in de parallelle tucht- en strafzaken gegrondverklaring van de klacht en bewezenverklaring van het delict of in beide zaken afwijzing plaatsvond.[31] Dat kan in de in deze bijdrage behandelde zaken, uitgezonderd de zaak van de Haagse borstchirurg, ook worden betoogd, maar zegt op zichzelf nog niet (alles) over de normstelling. De onderzoekers/auteurs adviseren dat het OM en IGZ, behoudens specifiek beargumenteerde zaken, niet dezelfde zaken zouden moeten aanbrengen met het oog op efficiency en proportionaliteit. Gezien het verschil in doelstelling van beide systemen en het verschil in sanctiemogelijkheden, ligt die conclusie echter mijns inziens minder voor de hand. De toetsing in de hier behandelde zaken leidt in mijn opinie evenmin zonder meer tot die conclusie.
De strafrechter lijkt in de hier behandelde zaken grondiger onderzoek te doen en vaker gebruik te maken van (meer) deskundigen. Dit is wellicht onder meer te verklaren door het vereiste dat voor een veroordeling aan de delictsomschrijving moet worden voldaan en door de formele bewijsregels die in het strafrecht gelden. Dit leidt tot een zwaardere motiveringsplicht voor de strafrechter. De tuchtrechter is in al die zaken veel vrijer. In het tuchtrecht is immers het belangrijkste criterium of er tekort is geschoten in de zorg waartoe de BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaar jegens de patiënt gehouden is. Verder heeft de strafrechter de inhoudelijke deskundigheid niet zelf in huis en de tuchtrechter in beginsel wel.
De grondiger aanpak van de strafrechter komt de onderbouwing en de inhoud van de beslissingen, naar het lijkt, wel ten goede. In plaats van het strafrecht als ultimum remedium te zien, moeten we vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg dus misschien wel gematigd positief zijn over de bemoeienis van het strafrecht. Er kan niet worden gezegd dat de strafrechter een onredelijke normstelling aanlegt of onevenwichtig streng oordeelt in de zaken die hiervoor besproken zijn. In de zaak van de Haagse borstchirurg lijkt overigens eerder sprake van te mild oordelen.

31 F.Y. Alhafaji, B.J.M. Frederiks & J. Legemaate, 'Concurrence between complaints procedures in the Dutch healthcare system', *Eur J Health Law* 18 (2011), 127-148.

Dit artikel uit Tijdschrift voor Gezondheidsrecht is gepubliceerd door Boom juridisch en is bestemd voor anonieme bezoeker

Vanuit die optiek is het feit dat er zo weinig zaken strafrechtelijk worden getoetst een gemiste kans. Meer toetsing zou de kwaliteit van zorg immers ten goede kunnen komen. Dat gebrek aan toetsing heeft ongetwijfeld ook te maken met een gebrek aan aanvoer van zaken omdat veel zaken het OM niet bereiken of in ieder geval niet in zodanige vorm dat strafrechtelijke toetsing plaatsvindt.

In dat licht bezien rijst de vraag of er niet meer aandacht zou moeten zijn voor de noodzakelijke instroom van medische zaken voor de strafrechtelijke toetsing. De 'spontane' instroom van medische zaken in het strafrecht lijkt gering. IGZ heeft zijn zakeninstroom grotendeels gewaarborgd door de meldingsprocedure voor calamiteiten gebaseerd op de Kwzi (in de toekomst de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)), maar het lijkt erop dat deze meldingen lang niet altijd worden doorgegeven aan het OM terwijl daar wel redenen voor kunnen zijn. Dit roept dan overigens tegelijkertijd wel vragen op rond het uitgangspunt dat niemand hoeft mee te werken aan zijn eigen veroordeling, het nemo tenetur-beginsel, en de Europeesrechtelijke jurisprudentie ter zake.[32]

Een vergelijking met de meldingsprocedure euthanasie dringt zich op. Zou de meldingsprocedure bij IGZ niet een vergelijkbare rol kunnen vervullen? De toetsing van IGZ van een verplichte melding zou dan wellicht geprofessionaliseerd moeten worden en de criteria van 'doormelden' aan het OM nader geëxpliciteerd. In de Wtl is de procedure, wat van de melder wordt verwacht, hoe de toetsing verloopt en wanneer het OM wordt geïnformeerd vrij nauwkeurig vastgelegd. Dit komt de kwaliteit van de toetsing en de nauwkeurigheid van en het vertrouwen in de procedure aan de zijde van de melders ten goede.

Tegengeworpen kan worden dat de toetsingsprocedure in de Wtl er nu juist toe dient om medisch handelen te toetsen dat in beginsel als zorgvuldig wordt gekwalificeerd en dat het doortrekken van deze procedure naar de meldingsprocedure van de Kwzi niet voor de hand ligt, omdat het daar om een procedure gaat die nu juist niet vanuit het oogpunt van strafrechtelijke toetsing is opgezet, maar dat het slechts om eventuele strafrechtelijke 'bijvangst' gaat. Desalniettemin is het opvallend hoe relatief goed de Wtl-procedure loopt en is het dus de moeite waard om te kijken of daarbij in enigerlei vorm aansluiting kan worden gezocht.

Een andere consequentie zou kunnen zijn om de tuchtrechter te stimuleren en te equiperen om strenger te toetsen. Daarvoor biedt het tuchtprocesrecht mogelijkheden. Te denken valt bijvoorbeeld aan het frequenter gebruikmaken van externe deskundigen en een diepgaander behandeling op zitting. IGZ zou dan als overheidsinstantie, welke over een schat aan informatie beschikt, meer ernstige en beter voorbereide zaken kunnen aanbrengen bij de tuchtrechter. Ten behoeve van de rechtseenheid zou bovendien opnieuw de mogelijkheid van cassatie in het tuchtrecht kunnen worden ingevoerd. Het arsenaal van maatregelen dat de tuchtrechter ter beschikking staat zal echter gezien het verschil in doelstelling anders blijven dan de mogelijkheden die de strafrechter heeft.

Hoewel de onderzoeksperiode en het aantal zaken, zoals gezegd, beperkt zijn, zou uit het oogpunt van kwaliteit van zorg het standpunt verdedigbaar zijn dat ernaar moet worden gestreefd meer levensdelicten ter toetsing aan de strafrechter voor te leggen.

32 Hendriks stelt zich in zijn noot onder EHRM 29 april 2014, *EHRC* 2014/159 *(L.H./Letland)*, op het standpunt dat de Nederlandse toezichthouder wat betreft de schending van art. 8 EVRM van onvoldoende juridische instrumenten is voorzien en derhalve onrechtmatig handelt.