

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2009/248

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer 2009/248 van:

de **A.**, wonende te **B.**, appellante, klaagster in eerste aanleg,
tegen **C.** te Maastricht,
de gemachtigde: mw. mr. C. Prins, als juriste verbonden aan

in **D.**, psychiater, wonende te **E.**, werkzaam te **B.**, verweerster
te beide instanties, gemachtigde: mr. A.L. Heinen, advocate
te Arnhem.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna te noemen klaagster - heeft op 2 mei 2008 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen psychiater **D.** - hierna te noemen de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 17 augustus 2009, onder nummer 0859b heeft dat College de klacht in alle onderdelen ongegrond verklaard en afgewezen. Klaagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De arts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 20 april 2010, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door

mr. C. Prins voornoemd, en de arts, bijgestaan door mr. S. Colsen (een kantoorgenoot van de gemachtigde mr. A.L. Heinen).

De zaak is over en weer bepleit. Dit is gedaan aan de hand van pleitnota's die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg.

2.1 De in eerste aanleg vastgestelde feiten.

"2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende:

*Klagers zijn de nabestaanden van **F.** (geboren 1 oktober 1968) die op 15 januari 2008 is overleden, hierna te noemen: patiënt.*

Op 3 april 2007 ondernam patiënt een suïcidepoging. Hij werd met spoed opgenomen in het ziekenhuis en werd twee dagen later, nadat een IBS was afgegeven, opgenomen op de gesloten afdeling van het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (RCG). Vanaf 11 april 2007 tot 3 mei was patiënt, toen de IBS niet werd verlengd, vrijwillig geplaatst op deze afdeling. Vanaf 3 mei tot en met 29 mei 2007 was hij, op vrijwillige basis, opgenomen op de open afdeling van RCG, waaraan verweerster als afdelingspsychiater verbonden is.

Als diagnose was bij patiënt gesteld: depressieve stoornis, gedeeltelijk in remissie (As I) en persoonlijkheidsstoornis NAO met borderline trekken (AsII).

Vervolgens vond een deeltijdbehandeling plaats, aanvankelijk vijf keer per week en daarna afbouwend, afgesloten op 12 juli 2007. Daarna startte een nazorgtraject via een eerstelijns psycholoog (niet bij RCG) en een sociale vaardigheidstraining (wel bij RCG).

Op 2 (of 3) januari 2008 nam de huisarts van patiënt telefonisch contact op met verweerster in verband met recidief depressieve klachten. Naar aanleiding daarvan heeft verweerster diezelfde dag telefonisch contact opgenomen met patiënt en met hem een afspraak gemaakt voor 16 januari 2008. Deze telefonische contacten zijn niet geregistreerd in het medisch dossier.

Op 9 januari 2008 was er telefonisch contact van de huisarts met de crisisdienst en van de crisisdienst met RCG met verzoek patiënt op korte termijn te zien en te beoordelen vanwege een toename van de klachten. Het ging volgens de huisarts niet goed; patiënt had hetzelfde gedrag als voor zijn laatste tentamen suïcide. De huisarts had gezegd dat patiënt een afspraak met verweerster moest maken. Verweerster heeft ervoor gezorgd dat de volgende ochtend de tot haar team behorende sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), die patiënt nog kende van het contact in april 2007, een gesprek had met patiënt. De echtgenote van patiënt is daarbij aanwezig geweest. In overleg met verweerster werd de dosering Cipramil verhoogd naar 40 mg en werd Promethazine (25 mg 1 dd 1 a.n.) voorgeschreven.

Op 14 januari 2007 vond een tweede gesprek tussen patiënt en de SPV plaats. Verweerster had toen geen dienst. In overleg met de dienstdoende psychiater werd besloten de Promethazine te vervangen door Temazepam (20 mg 1 dd 1 a.n.). De dosering Cipramil werd gehandhaafd. Op die dag heeft patiënt ook nog deelgenomen aan de sociale vaardigheids training bij RCG.

Op 15 januari 2007 is patiënt door suïcide overleden.

Op 6 februari 2008 heeft een nagesprek plaatsgevonden, waarbij onder meer verweerster aanwezig was.”

2.2 De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

“3. Het standpunt van klagers en de klacht

Klagers zijn van mening dat de dood van patiënt is te wijten aan het nalatig gedrag van verweerster, aan een collega van verweerster als zijnde de verantwoordelijke psychiater en aan het personeel van RCG.

In de vier weken dat patiënt was opgenomen op de gesloten afdeling werd hij geobserveerd en was er sprake van bezigheidstherapie. Er hebben in die tijd slechts een paar gesprekjes van tien minuten tot een kwartier plaatsgevonden over de achterliggende problematiek die tot de zelfmoordpoging had geleid. Daarbij is kennelijk gebleken dat patiënt goed kan manipuleren door te doen alsof het veel beter met hem gaat dan werkelijk het geval is.

Op 26 april 2007 heeft patiënt zijn ongenoegen geuit over de wijze waarop veel afspraken met hem rond zijn behandeling en de begeleiding van zijn gezin niet waren nagekomen. Er zou een terugkoppeling met de familie plaatsvinden. Dat is nooit gebeurd.

Vlak voor de zomer werd de begeleiding door RCG stopgezet. Afsproken werd dat er in november een sociale vaardigheidstraining zou plaatsvinden. De echtgenote van patiënt heeft zelf een afspraak gemaakt met een externe psycholoog zodat patiënt en zijn gezin er niet alleen voor zouden staan.

Vlak voor de feestdagen raakte patiënt in een dip. Hij bezocht op 3 januari 2008 zijn huisarts en maakte kenbaar dat het slecht met hem ging en dat hij weer aan zelfdoding dacht. De huisarts nam dit zeer serieus, omdat patiënt, wat hij in het verleden niet had

gedaan, zelf aangaf dat het niet goed met hem ging. De huisarts probeerde een crisisopname bij RCG te regelen maar daar kon, gelet op het niet-spoedeisende karakter, eerst op 16 januari 2008 een intakegesprek plaatsvinden.

Omdat het steeds slechter ging nam de familie op 9 januari 2008 buiten de huisarts om contact op met RCG, waar werd gezegd dat er al contact met de familie was geweest en dat er een afspraak was gemaakt voor de volgende dag. De familie was daarvan niet op de hoogte.

Op 10 januari 2008 vond een gesprek plaats tussen patiënt, zijn echtgenote en de SPV-er. Deze gaf aan dat pas op 16 januari een intake kon plaatsvinden. In overleg met verweerster werd de medicatie (Cipramil) verdubbeld, terwijl op de bijsluiter staat dat dit middel als mogelijke bijwerking kan hebben dat de betrokkene een neiging tot zelfdoding ontwikkelt. Er werden geen concrete afspraken gemaakt en patiënt werd niet opgenomen voor behandeling. Afspraken daarover konden wachten tot 16 januari. Het is niet duidelijk geworden of er contact is opgenomen met de verantwoordelijk psychiater. Achteraf heeft de verantwoordelijk medisch manager van RCG jegens de echtgenoot aangegeven dat het nooit mogelijk is om in iemands hoofd te kijken en dat een persoon die suïcide wil plegen het hoe dan ook zal doen.

Op het moment van overleg tussen de crisisdienst en verweerster (op 9 januari 2007) hadden beiden de ernst van de situatie juist moeten inschatten.

Op 15 januari 2008 rees het vermoeden dat patiënt opnieuw een poging tot zelfdoding had ondernomen. De familie nam, ten einde raad, contact op met RCG. Daar deelde men mede dat patiënt daar niet bekend was. Naar aanleiding van deze situatie is het beleid inmiddels aangepast.

Ook na het overlijden van patiënt bleef de communicatie van RCG allesbehalve correct. Zo werd de echtgenote van patiënt enkele weken na het overlijden gebeld door een assistente ter bevestiging van een afspraak met patiënt de volgende dag. Ondanks een verzoek om dergelijke pijnlijke momenten te besparen werd de echtgenote een tijd later voor de vierde keer sinds het overlijden geconfronteerd met een brief van RCG, gericht aan patiënt, met het dringende verzoek een aantal formulieren terug te sturen.

De echtgenote van patiënt heeft een verzoek ingediend bij de huisarts en de raad van bestuur van RCG tot afgifte van het medisch dossier. Een collega van verweerster is echter - in tegenstelling tot de huisarts die wel meewerkte- tot de conclusie gekomen dat er gerede twijfel was omtrent de wil van de overledene en kwam tot de conclusie dat hij aan het verzoek niet kon voldoen.

Concluderend dienen klagers de navolgende klachten in:

a. onvoldoende c.q. onjuiste behandeling van patiënt in de periode april tot en met november 2007

b. niet reageren op het verzoek van de huisarts tot crisisopname op 3 januari

c. onjuist beoordelen van de ernst van de situatie door de intake en het vervolgbeleid uit te stellen tot 16 januari

d. voorschrijven van een dubbele dosis Cipramil, terwijl de bijsluiter vermeldt dat het een neiging tot zelfdoding kan ontwikkelen

e. het weigeren van informatie op 15 januari

f. kwetsende opmerkingen maken en voortdurende miscommunicatie na overlijden

g. weigering tot verstrekken van afschrift medisch dossier

4. Het standpunt van verweerster

Op het standpunt van verweerster zal hierna, voor zover nodig, worden ingegaan.”

2.3 Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

“5. De overwegingen van het college

Het college wil vooropstellen dat het slechts mag oordelen over de vraag of verweerster persoonlijk is tekortgeschoten in de zorg die zij ten opzichte van de patiënt behoorde te betrachten. Dat betekent dat verweerster, behoudens bijzondere, door klagers te stellen en aannemelijk te maken feiten en omstandigheden, niet tuchtrechtelijk kan worden aangesproken voor fouten die elders in de organisatie zijn gemaakt.

Ad klachtonderdeel a.

Voor zover dit klachtonderdeel betrekking heeft op de periode vóór 3 mei 2007 is het ongegrond, nu vaststaat dat verweerster vóór deze datum geen enkele bemoeienis met patiënt heeft gehad.

Verweerster is uitvoerig ingegaan op het verloop en de inhoud van de behandeling in deze periode vanaf 3 mei. Aan de hand van haar uiteenzetting, die klagers niet dan wel onvoldoende hebben weersproken, oordeelt het college dat niet is gebleken of aannemelijk geworden dat verweerster als behandelend afdelingspsychiater in de periode vanaf 3 mei 2007 tot en met november 2007 verwijtbaar is tekortgeschoten in de zorg ten opzichte van patiënt. Deze zorg is naar professionele maatstaven niet ondeugdelijk geweest.

Ad b.

Niet is gebleken dat er op 2 of 3 januari 2008 een verzoek is gedaan tot een crisisopname. Vast staat slechts dat, zoals verweerster in haar antwoord stelt en klagers bij repliek niet (voldoende) weerspreken, de huisarts verweerster heeft gebeld met melding van recidief depressieve klachten, maar dat naar zijn mening op dat moment geen sprake was van suïcidaliteit, met verzoek aan verweerster om een regulier contact te plannen, dat verweerster diezelfde dag met patiënt heeft gebeld en dat een afspraak is gemaakt voor 16 januari 2008. Het college overweegt hierbij dat met name een de stellingen van klagers ondersteunende verklaring of aantekening van de huisarts, via wie klagers het medisch dossier betreffende patiënt hebben ontvangen, ontbreekt.

Het college merkt wel op dat het op de weg van verweerster had gelegen om van de door haar gevoerde telefoongesprekken aantekening in het dossier te maken.

Alles bijeengenomen is echter de stelling van klagers dat toen reeds aan verweerster is verzocht om een crisisopname niet aannemelijk geworden.

Ad c.

Voor zover dit onderdeel van de klacht inhoudt dat verweerster reeds op 2 of 3 januari is tekortgeschoten door eerst op 16 januari een contact te plannen is de klacht, op grond van hetgeen hiervoor ad b. is overwogen, ongegrond.

Vervolgens dient te worden beoordeeld of verweerster de ernst van de situatie onjuist heeft beoordeeld toen zij op 9 januari via de crisisdienst werd gebeld met de boodschap dat het volgens de huisarts niet goed ging met patiënt, dat hij hetzelfde gedrag vertoonde als voor zijn laatste suïcidepoging (en dus sprake was van suïcidaliteit) en dat de huisarts tegen de patiënt had gezegd dat hij een afspraak met verweerster moest maken

Verweerster heeft, na kennisneming van dit bericht, ervoor gezorgd dat patiënte de volgende ochtend kon worden ontvangen door G., een tot haar team behorende ervaren sociaal psychiatisch verpleegkundige, die met patiënt bekend was. Verder heeft zij de volgende dag, toen bleek dat patiënt nog niet had gebeld, ervoor gezorgd dat hij werd gebeld met verzoek om te komen.

Het college is van oordeel dat deze handelwijze een snelle en ook overigens adequate reactie was op de ontvangen mededelingen. Het is met name niet onjuist

geweest om het gesprek door een ervaren en met patiënt bekende sociaalpsychiatrisch verpleegkundige te laten voeren; deze mag immers daartoe bekwaam en derhalve bevoegd worden geacht.

Partijen verschillen zeer in hun lezing van de inhoud van dit gesprek. De lezing van klagers komt op hoofdzaken niet overeen met de lezing, zoals vastgelegd in het medisch dossier en in de verslaglegging door verweerster aan de eerste geneeskundige van 18 februari 2008.

In gevallen, waarin de lezingen van partijen over de feitelijke gang van zaken uiteenlopen en niet kan worden vastgesteld welke van beide lezingen aannemelijk is, kan een verwijt dat gebaseerd is op de lezing van de klager in beginsel niet gegrond worden bevonden. Daarbij is van belang dat de lezing van klager niet wordt gestaafd door het medisch dossier, dat juist de opvatting van verweerster over de inhoud van dit gesprek bevestigt.

Het voorgaande berust niet op het uitgangspunt dat het woord van klagers minder geloof verdient dan dat van verweerster, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of nalaten verwijtbaar is eerst moet worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat.

Vast staat wel dat, achteraf gezien, in het genoemde gesprek een verkeerde inschatting van het suïciderisico is gemaakt, maar niet is komen vast te staan dat verweerster hieromtrent enig verwijt treft. Het college overweegt hierbij nog, dat verweerster zich van de inhoud van het gesprek op de hoogte heeft doen stellen en dat naar aanleiding daarvan de medicatie in overleg met haar werd aangepast.

Alles bijeengenomen brengt dit het college tot de conclusie dat verweerster geen verwijt treft met betrekking tot de gang van zaken op 9 en 10 januari 2008.

Bij het tweede gesprek van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige met patiënt, op

14 januari, waarvoor op 10 januari een afspraak was gemaakt, is verweerster niet betrokken geweest omdat zij geen dienst had. Haar persoonlijk kan daarom terzake geen verwijt worden gemaakt.

Ad d.

Het college is van oordeel dat het niet onjuist is dat verweerster de voordelen van de behandeling met de voorgeschreven (relatief lage) doses Cipramil zwaarder heeft doen wegen dan het zeldzame risico van de ontwikkeling van de neiging tot zelfdoding. Dit onderdeel van de klacht is ongegrond.

Ad e, f en g.

Het valt zeer te betreuren dat klagers, die als nabestaanden recht hebben op een zorgvuldige behandeling en bejegening, te lijden hebben gehad van een aantal onzorgvuldigheden; nu verweerster daarbij echter in het geheel niet betrokken is geweest, kan een en ander haar niet euvel worden geduid.

Conclusie.

Met alle begrip voor en meeleven met klagers moet het college toch concluderen dat, voor zover er sprake is van tekortkomingen, deze niet aan verweerster kunnen worden verweten, zodat bij gebreke van individuele verwijtbaarheid de klachten in alle onderdelen ongegrond zijn en daarom zullen worden afgewezen.”

3, Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat voor de beoordeling van het hoger beroep uit van de feiten en de omstandigheden zoals zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hierboven onder 2.1 staan weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

Procedure

4.1 Klaagster heeft drie als zodanig aangeduide grieven tegen de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege aangevoerd. Zij concludeert (impliciet) tot gegrond verklaring van het beroep.

4.2 De arts heeft in hoger beroep gemotiveerd verweer gevoerd. Zij concludeert – zakelijk weergegeven – tot afwijzing van de gronden van beroep en bevestiging van de bestreden beslissing.

Beoordeling.

4.3 De grieven stellen (ook) in hoger beroep de vraag aan de orde of de arts in de gegeven omstandigheden van het geval is tekortgeschoten in de zorg die zij in de periode van 2 of 3 januari 2008 tot 15 januari 2008 (de datum waarop de patiënt door suïcide is overleden) ten opzichte van de patiënt behoorde te betrachten. In verband daarmee moet het navolgende worden vooropgesteld.

4.4 Op 3 april 2007 heeft de patiënt een suïcide poging ondernomen, in verband waarmee hij is opgenomen in het ziekenhuis en vervolgens, na afgifte van een IBS, op de gesloten afdeling van het Regionaal Centrum Geestelijke Gezondheidszorg (RCG). Vóór deze suïcidepoging was de patiënt bij de huisarts bekend met depressieve klachten in verband waarmee hij was ingesteld op Citalopram 20mg. Op 5 april 2007 is de patiënt beoordeeld door psychiater **H.** en sociaal psychiatrisch verpleegkundige **G.** Van 11 april 2007 tot 3 mei 2007 was de patiënt, toen de IBS niet werd verlengd, vrijwillig geplaatst op de gesloten afdeling van het RCG. Van 3 mei 2007 tot 29 mei 2007 was hij, op vrijwillige basis geplaatst op de open afdeling van het RCG. De arts was toen de behandelend psychiater. De gestelde diagnose luidde: depressieve stoornis, gedeeltelijk in remissie (As I) en persoonlijkheidsstoornis NAO met borderline trekken (As II). Aansluitend vond deeltijdbehandeling plaats, aanvankelijk 5 keer per week en daarna afbouwend, afgesloten op 12 juli 2007 eveneens met de arts als behandelend psychiater. Ook werd de patiënt aangemeld voor een sociale vaardigheidstraining, die aanving op 15 oktober 2007 en zou voortduren tot 17 maart 2008. Vanaf 21 juli 2007 vond tevens een nazorgtraject plaats via psychotherapeut **I.** met als doel het verlenen van nazorg en de verwerking van de suïcidepoging, individueel en samen met het gezin. Dit traject is in oktober 2007 in onderling overleg afgesloten.

4.5 Op 2 of op 3 januari 2008 – partijen verschillen van mening over de juiste datum – heeft de huisarts telefonisch bij de arts gemeld dat hij de patiënt had gezien en dat sprake was van recidief depressieve klachten. De huisarts deed het verzoek een screeningsgesprek te plannen. Daarop heeft de arts de patiënt nog diezelfde dag opgebeld en met hem een afspraak gemaakt voor 16 januari 2008. Volgens de in het proces-verbaal van de op 6 juli 2009 gehouden terechtzitting van het Regionaal Tuchtcollege vermelde verklaring van de arts heeft zij in dat telefoongesprek met de patiënt ook kort over zijn klachten gesproken. Er was sprake van een toename van somberheid. De arts geeft aan dat zij in bedoeld gesprek de suïciditeit te hebben getoetst, zij het niet uitgebreid.

4.6 Op 9 januari 2009 is de crisisdienst gebeld door de huisarts met het verzoek om de patiënt eerder te zien vanwege een toename van de depressieve klachten en inactiviteit. Volgens de huisarts ging het niet goed met de patiënt. Afsproken werd dat de patiënt de arts zou bellen. Er is geen telefonisch contact geweest tussen de patiënt en de arts. Wel heeft de arts geregeld dat de sociaal psychiatrisch verpleegkundige **G.** – die de patiënt kende uit het contact in april 2007 – de patiënt zou uitnodigen. Er is daarop een afspraak voor patiënt gemaakt met **G.** voor

10 januari 2009.

4.7 Op 10 januari 2008 heeft de sociaal psychiatrisch verpleegkundige **G.** met de patiënt en diens echtgenote gesproken. Er bleek sprake te zijn van een recidief van de eerder bestaande depressieve klachten. De patiënt bleek vluchtig last te hebben van suïcidale ideaties. **G.** heeft na overleg met de arts – die zich elders in hetzelfde pand bevond – de dosering Cipramil verhoogd naar 40 mg, en voorts werd Promethazine (25 MG 1 dd a.n.) voorgeschreven. Er werd een vervolgafspraken gemaakt voor

14 januari 2008.

4.8 Op 14 januari 2008 heeft een tweede gesprek van de patiënt met **G.** plaatsgevonden. De arts was toen niet aanwezig. In overleg met de dienstdoende psychiater werd besloten de Promethazine te vervangen door Temazepam (20 mg 1 dd 1 a.n.), terwijl de dosering Cipramil werd gehandhaafd. De dienstdoende psychiater heeft de patiënt niet gezien.

4.9 Op 15 januari 2008 is de patiënt door suïcide overleden.

4.10 Gelet op het feit dat het hier ging om een patiënt die leed aan depressieve klachten en op 3 april 2007 een suïcidepoging had ondernomen (waarvoor hij vervolgens langdurig in behandeling is gebleven) en in aanmerking genomen dat de huisarts binnen één week tijd tweemaal (zowel op 2 of op 3 januari als op 9 januari 2008) telefonisch bij de arts heeft gemeld dat sprake was van een herhaling respectievelijk van een verergering van de depressieve klachten en in dat verband erop heeft aangedrongen dat de patiënt eerder zou worden gezien, had de arts het gesprek met de patiënt op 10 januari 2008 niet mogen overlaten aan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Hoewel ervan moet worden uitgegaan dat **G.** een ervaren sociaal psychiatrisch verpleegkundige is – die de patiënt bovendien kende van het eerste contact op 5 april 2007 – is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat in dit geval, bij de hiervoor geschetste voorgeschiedenis van de patiënt en ná de tweede telefonische melding van de huisarts binnen één week tijd, een zelfstandige beoordeling van de patiënt op 10 januari 2008 door de arts, althans door een andere psychiater had moeten plaats vinden. Dat klemt temeer nu de arts op

10 januari 2008 door **G.** van de actuele situatie van patiënt (last van suïcidale ideaties) op de hoogte is gesteld.

4.11 De arts heeft dus ten onrechte het gesprek op 10 januari 2008 overgelaten aan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en nagelaten de patiënt uiterlijk na de tweede melding van de huisarts op 9 januari 2008 zelf te zien en te beoordelen. Dat impliceert dat zij in zoverre is tekortgeschoten in de zorg die zij ten opzichte van de patiënt behoorde te betrachten. Aan de klacht omtrent de ontoereikende dossiervorming door de arts gaat het Centraal Tuchtcollege voorbij omdat dit onderdeel geen deel uitmaakt van de oorspronkelijke klacht in hoger beroep.

4.12 Het hoger beroep slaagt en de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege dient te worden vernietigd. Het Centraal Tuchtcollege acht, gelet op het bovenstaande en opnieuw recht doende, de maatregel van waarschuwing passend en geboden. Het Centraal Tuchtcollege beoogt daarmee de arts een zakelijke terechtwijzing te geven die de onjuistheid van haar handelwijze naar voren brengt zonder daarop een stempel van laakbaarheid te drukken (MvT, TK 19522, nr.3, pag.76).

4.13 Om redenen aan het algemeen belang ontleend, zal de publicatie van deze beslissing worden gelast.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verklaart het beroep gegrond;
vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;
en opnieuw rechtdoende:
legt de arts de maatregel van waarschuwing op;
bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet
zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse

BIG

Staatscourant, en
voor Gezondheids-
en Medisch Contact met

zal worden aangeboden aan het Tijdschrift
recht, Gezondheidszorg Jurisprudentie
het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. K.E. Mollema, voorzitter,
mrs. M. Zandbergen en R.A. van der Pol, leden-juristen en mr.drs. R.H. Zuijderhoudt
en

A.C.L. Allertz, leden-beroepsgenoten en mr. H.J. Lutgert, secretaris en uitgesproken
ter openbare zitting van 22 juli 2010, door mr. A.H.A. Scholten, in tegenwoordigheid
van de secretaris.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.