

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2010.023

### **CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer C2010.023 van:

**A.**, wonende te **B.**, appellant, tegen **C.**, psychiater, destijds werkzaam te **B.**, verweerder in hoger beroep, gemachtigde: mr. P.A. de Zeeuw, advocaat te Amsterdam.

#### 1. Verloop van de procedure

**A.** - hierna te noemen klager - heeft op 17 oktober 2008 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen **C.** - hierna te noemen de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 26 november 2009, onder nummer 214/2008 heeft dat College de klacht afgewezen. Klager is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De psychiater heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal College van 14 december 2010, waar zijn verschenen klager en de psychiater, bijgestaan door mr. P.A. de Zeeuw.

#### 2. Beslissing in eerste aanleg

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

#### *“2.DE FEITEN*

*Op grond van de stukken dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.*

*Klager is in 1996 door het Gerechtshof in **D.** veroordeeld tot 30 maanden gevangenisstraf en TBS met bevel tot dwangverpleging terzake van verkrachting, diefstal, wederspannigheid en handelen in strijd met de Wet wapens en munitie. De TBS van klager is gestart op 25 maart 1997. Op 16 december 1997 werd het verzoek om cassatie van klager door de Hoge Raad niet-ontvankelijk verklaard. Na in een andere kliniek of andere klinieken te zijn verpleegd wordt klager sinds*

*20 oktober 2003 in FPC **E.** verpleegd. Op grond van talrijke gesprekken met klager in **E.** werd hij daar als een chronische psychotische man gediagnosticeerd, met daarnaast een persoonlijkheidsstoornis.*

*Dit ziektebeeld wordt in verschillende rapportages door verschillende deskundigen bevestigd. Zo wordt in de rapportage van het Pieter Baan Centrum van 28 maart 1995 gemeld dat “bij betrokkene sprake is van een persoonlijkheidsstoornis met antisociale trekken en een chronische paranoïde psychose. Door deze paranoïde psychose beleeft betrokkene de wereld om zich heen als vijandig; hij wapent zich tegen een dreiging uit die wereld. Vanuit zijn persoonlijkheidsstoornis, waarbij antisociale trekken op de voorgrond staan, neemt betrokkene wat hij vindt dat hem toekomt. De chronische psychose in combinatie met deze persoonlijkheidsstoornis maakt dat betrokkene, wanneer hij zich daadwerkelijk bedreigd voelt, gemakkelijk over kan gaan tot het gebruiken van geweld.” In de Pro Justitia rapportage van 14 januari 2003 van de psychiater **F.** wordt voorts over klager als volgt gerapporteerd: “Er is sprake van een waanstoornis met vooral gesystematiseerde grootheidswaan als inhoud. Hij heeft een anti-*

sociale en narcistische persoonlijkheids-stoornis. In zijn psychiatrische toestandsbeeld is nauwelijks sprake van verbetering. Hij ontkent het delict volledig en wil niet meewerken aan een delictscenario. Hij toont nauwelijks schuldgevoelens. Hij laat zich grotendeels leiden door zijn grootheidswanen en overwaardige plannen en verliest dan gemakkelijk de grenzen naar de ander uit het oog. Dat leidt tot paranoïde machtsstrijd en het dwingend opleggen van zijn wil.” In het Pro Justitia Rapport van 7 maart 2003 van de psycholoog G. wordt ten aanzien van klager het volgende opgemerkt:

“( ) bij betrokkene is sprake van een persoonlijkheidsstoornis met onder anderen paranoïde, narcistische en afhankelijke kenmerken. Daarnaast is sprake van een chronische (rand) paranoïd-psychotisch zijn en grootheidsideeën”

In de psychiatrische beschouwing in het verlengingsadvies van de H.-Kliniek van 23 januari 2003 is het navolgende terug te lezen: “betrokkene is een benedengemiddeld intelligente Antilliaanse man die lijdt aan schizofrenie. Daarnaast is er sprake van een persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven met anti-sociale trekken, vermoedelijk op grond van affectieve en pedagogische verwaarlozing in de vroege jeugd. Het is mogelijk dat zijn impulsiviteit mede veroorzaakt wordt door een ADHD in de kindertijd, maar hiervoor ontbreken hetero-anamnestic gegevens. Betrokkene heeft, onbehandeld met neuroleptica, veel grootheidswanen en is in zijn psychotische episodes bezig om deze wanen in de praktijk te brengen. Wordt hij gedwarsboemd in zijn plannen of anderszins, dan is betrokkene in staat om forse grensoverschrijdingen te plegen. Met medicatie is hij minder impulsief en accepteert begrenzingsen. Zijn persoonlijkheidspathologie blijft evenwel aanwezig en komt dan meer op de voorgrond. Betrokkene is een ik-zwakke, kinderlijke man, die weinig innerlijke structuur kent. Hij heeft, zonder medicatie, nauwelijks controle over zijn agressieve impulsen en is zeer krenkbaar. Er is een sterke behoefte aan een snelle behoeftebevrediging. Hij manipuleert en liegt om zijn zin te krijgen. Betrokkene is een sterk aandachtsbehoefte man, die moeilijk alleen kan zijn. Hij heeft weinig doorzettingsvermogen en een lage frustratietolerantie. Betrokkene heeft geen ziektebesef.”

In de notulen van de behandelbespreking van klager in FPC E. op 24 april 2008 is ten aanzien van de houding van klager ten opzichte van opname en verblijf in FPC E. het volgende genoteerd: “( ) hierin is geen verandering waar te nemen vergeleken bij zijn vorige behandelbespreking. Betrokkene is het nog steeds met veel zaken niet eens aangaande zijn behandeling. Hij geeft aan ten onrechte veroordeeld te zijn tot TBS en nooit psychotisch te zijn geweest. Betrokkene wil een second opinion door een andere psychiater. Hij ageert tegen het systeem en gaat voortdurend in beklag. De samenwerking verloopt moeizaam. Betrokkene heeft veel moeite met regels en afspraken en is wisselend bereid hier gehoor aan te geven.

Op 4 maart 2008 werd betrokkene gesepareerd op afdeling IA omdat betrokkene erg boos was, dreigementen uitte en aanwijzingen van ST niet opvolgde. Op 7 maart werd betrokkene terug geplaatst naar afdeling IV nadat hij op 6 maart weer gestart was met haldol depot, hij rustiger was en er weer afspraken met hem te maken vielen.

Betrokkene volgt Libermantraining en zijn werk in de keuken, na een onderbreking van enkele weken in maart, redelijk trouw. Werken in de keuken wil betrokkene alleen in de ochtenden omdat hij 's middags te moe is. Zijn werkzaamheden in de cafetaria heeft hij op eigen verzoek gestaakt.”

Ten aanzien van klagers inzicht in zijn situatie en problematiek wordt als volgt gerapporteerd:

“betrokkene is volhardend in een ander idee te hebben van zijn diagnose en behandeling. Betrokkene is van mening dat hem niets mankeert, hij niet psychotisch is en hij ook

*nooit als zodanig is gediagnosticeerd. Hij is van mening dat de medicatie hem ziek maakt. Betrokkene weigert in gesprek te gaan met de psychiater van de kliniek. Wanneer betrokkene wordt aangesproken op zijn dwingend of boos gedrag, herkent hij dit zelf niet. Hij kan moeilijk aanhoren hoe hij ervaren wordt door de sociotherapie wanneer hij dit soort gedrag vertoont. Hij laat anderen niet uitspreken en reageert met stemverheffing. Vaak kan er later wel op teruggekomen worden met betrokkene en kan hij beter naar de situatie kijken. Betrokkene vergelijkt zichzelf in veel situaties met anderen. Kan moeilijk accepteren dat sommigen sneller hun behandeling doorlopen dan hij. Wordt daar soms boos over en voelt zich benadeeld en gediscrimineerd.*

*Vooraf aan het eind van de depot termijn is betrokkene meer bezig met zijn grootheidsideeën. Ook reageert hij dan meer dreigend en vijandig naar zijn omgeving.”*

*En verder luidt de conclusie van de in januari 2008 opgestelde risicotaxatie als volgt: “bij onmiddellijke beëindiging van de TBS-maatregel wordt het risico op een gewelddadig delict zowel op korte als op lange termijn als hoog ingeschat. De verwachting is dat betrokkene snel zal terugvallen in druggebruik, psychose en delictgedrag. De kans op seksueel delictgedrag is hierbij kleiner dan op niet-seksueel delictgedrag, aangezien betrokkene zowel vóór als na het indexdelict geen seksueel deviant gedrag heeft vertoond.*

*Op basis van de historische factoren is het risico hoog. De scores op factor 2 van de PCL-r en de H-schaal van de HKT-30 zijn hoog. Betrokkene is zwakbegaafd en heeft schizofrenie van het paranoïde type. Voorts heeft hij een uitgebreide justitiële geschiedenis, heeft hij meermalen voorwaarden geschonden, was drugverslaafd en heeft een zeer onstabiel arbeidsverleden.*

*Betrokkene heeft geen probleeminzicht en is geneigd zichzelf te overschatten. Hij werkt mee aan zijn behandeling, maar is het niet eens met de inhoud en de snelheid ervan. Er lijkt sprake te zijn van schijnaanpassing. Zijn copings- en sociaalrelationele vaardigheden zijn inadequaat. Hij bagatelliseert zijn delict en heeft beperkte empathische vermogens.*

*Betrokkene is zeer gebaat bij de huidige gestructureerde omgeving. Hij staat accepterend tegenover medicatie en is mede door de medicatie minder impulsief en agressief geworden. Er zijn sinds drie jaar geen aanwijzingen voor middelenmisbruik. Daarbij is hij een harde werker tijdens zijn dagbesteding, mits hij goed geïnstrueerd is.*

*De begeleide verlopen, inclusief de korte onbegeleide momenten, verlopen zonder problemen. Bij de begeleide en de kortdurende onbegeleide verlopen wordt de kans op recidive laag geschat. Bij langere begeleide verlopen wordt betrokkene blootgesteld aan meer prikkels en een minder gestructureerde omgeving. Daarom wordt het recidiverisico hierbij als matig gezien, terwijl het risico bij langere onbegeleide verlopen als hoog wordt ingeschat. Het blijft belangrijk dat de onbegeleide verlopen geleidelijk en vanuit een strakke structuur worden opgebouwd.*

*Op lange termijn wordt gestreefd naar een plaatsing in een FPA. Het risico voor deze stap wordt geschat op matig mits de leefsituatie van betrokkene voldoende gestructureerd is.”*

### **3. DE KLACHT**

*De klacht ziet op de medicatie die klager krijgt. Volgens klager is er vanwege die medicatie sprake van doodslag op zijn gezondheid.*

*Verder ziet de klacht op het overnemen van de onjuiste diagnose die door andere psychiaters en gedragskundigen is gesteld.*

### **4. HET VERWEER**

*Verweerder is van oordeel, op gronden genoemd in het verweerschrift, dat hij niet heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ten opzichte van klager behoorde te betrachten en verzoek het college de klacht niet-ontvankelijk danwel ongegrond te verklaren.*

## **5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE**

### **5.1**

*Het College wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.*

### **5.2**

*Ten aanzien van de diagnostiek overweegt het college, onder verwijzing naar het hierboven weergegeven toetsingskader, het volgende.*

*De diverse rapportages ( zie de hierboven weergegeven passages) getuigen van een zorgvuldige diagnosestelling. De rapportages rechtvaardigen de gestelde diagnose(s). Dat de diagnose(s) telkens hetzelfde luiden duidt er in beginsel niet op dat eerdere diagnose(s) zonder meer worden overgenomen, maar veeleer op de juistheid van die diagnose(s). In de onderhavige casus zijn er overigens geen aanwijzingen dat er sprake is van het zonder meer overnemen van eerdere diagnoses. Daarbij komt dat het beeld dat van klager uit die rapportages naar voren komt hetzelfde beeld is als het beeld dat van klager naar voren komt uit de stukken die door klager in deze procedure zijn overgelegd.*

*Dit klachtonderdeel kan dan ook niet slagen.*

### **5.3**

*Met betrekking tot de klacht betreffende de medicatie overweegt het college het volgende. Tijdens het mondeling vooronderzoek heeft de gemachtigde van klager dit klachtonderdeel toegespitst op het feit dat zijn lichaam, en dan met name zijn nieren, lever en hersenen door de medicatie zijn aangetast en verder dat hij veel last heeft (gehad) van bewegingsstoornissen en gewichtstoename. Verweerder had klager duidelijker moeten informeren naar de eventuele bijwerkingen.*

*Gedurende zijn verblijf in E. heeft klager geen dwangmedicatie gekregen. Klager krijgt, zo blijkt uit het door verweerder overgelegde medicatieoverzicht van klager, als belangrijkste medicatie gedurende zijn verblijf in E. éénmaal per vier weken een depot haloperidol (haldol). Deze medicatie is bij de gestelde diagnose(s) volstrekt adequaat.*

*Inderdaad kunnen er bij het gebruik van haldol bijwerkingen optreden. Voor bijwerkingen die zich voordeden voordat verweerder bij de behandeling was betrokken kan hij uiteraard niet verantwoordelijk worden gehouden. Dat betreft met name, zoals namens klager bij het vooronderzoek naar voren is gebracht de bijwerkingen die de medicatie op klagers lever, nieren en hersenen had.*

*Een bekende bijwerking is/zijn bewegingsstoornissen. Het voorschrijven van Biperdeen is daarvoor een verantwoorde reactie. Gewichtstoename is een bekend verschijnsel dat bij gebruik van anti-psychotica op kan treden. Daar is slechts met algemene maatregelen wat aan te doen.*

*Ten slotte valt het achteraf niet, of onvoldoende te achterhalen of en zo ja in hoeverre verweerder klager (on)voldoende heeft geïnformeerd betreffende de mogelijke bijwerkingen.*

*Dit klachtonderdeel kan dan ook evenmin slagen.”*

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege en hiervoor onder "2. DE FEITEN" zijn weergegeven.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 Klager heeft zijn klacht in hoger beroep herhaald en toegelicht. De psychiater heeft in hoger beroep zijn verweer, zoals gevoerd in eerste aanleg, herhaald.

4.2 De behandeling in hoger beroep heeft het Centraal Tuchtcollege niet geleid tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het College in eerste aanleg, zodat het beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter,  
mrs. H.C. Cusell en P.M. Brilman, leden-juristen en prof.dr. P.P.G. Hodiamont en  
A.C.L. Allertz, leden-beroepsgenoten en mr. F.C. Burgers en uitgesproken ter openbare  
zitting van 13 januari 2011, door mr. A.D.R.M. Boumans, in tegenwoordigheid van de  
secretaris. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.