

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: G2010/81

Rep.nr. G2010/81

6 december 2011

Def. 157

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE
GEZONDHEIDSZORG TE GRONINGEN**

Het College heeft het volgende overwogen en beslist over de op 27 augustus 2010 binnengekomen klacht van:

A en

B,

wonende te Amsterdam,

klagers,

advocaat: mevrouw mr. A.C. de Die te Amsterdam,

tegen

D,

wonende te E,

psychiater te F,

verweerder,

BIG registratienummer:;

gemachtigde: mevrouw mr. S. Slabbers, verbonden aan DAS Rechtsbijstand te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

Het College heeft kennisgenomen van het dossier, waarin zich onder meer bevinden:

- het klaagschrift met bijlagen van 25 augustus 2010, ingekomen op 27 augustus 2010;
- het verweerschrift met bijlagen van 11 oktober 2010, ingekomen op 12 oktober 2010;
- de repliek met bijlagen van 8 november 2010, ingekomen op 9 november 2010;
- de dupliek van 13 december 2010, ingekomen op 14 december 2010.

Na ontvangst van de klacht heeft de voorzitter van het College, gelet op het bepaalde in artikel 66 van de wet BIG, een vooronderzoek gelast. In het kader van dit vooronderzoek zijn partijen in de gelegenheid gesteld te worden gehoord. Daarvan is door partijen geen gebruik gemaakt.

De klacht is behandeld ter openbare zitting van 18 oktober 2011. Daarvan is procesverbaal opgemaakt. Klagers zijn verschenen, bijgestaan door mevrouw mr. A.C. de Die. Verweerder is verschenen, bijgestaan door mr. drs. P.A. de Zeeuw in de plaats van mevrouw mr. S. Slabbers.

2. Vaststaande feiten

Voor de beoordeling van de klacht gaat het College uit van de volgende feiten, die tussen partijen als niet of onvoldoende betwist vaststaan.

2.1

De (schoon)vader van klagers, de heer G, geboren op 8 oktober 1920, is vanaf 2005 onder behandeling geweest van de afdeling geriatrie van GGZ . De heer G was verwezen vanwege woordvindstoornissen. In 2006 heeft de behandelend arts van de afdeling geriatrie geconcludeerd dat de heer G leed aan een dementiesyndroom, waarschijnlijk type Alzheimer. In 2008 werd bij neuropsychologisch onderzoek geen verandering in de cognitieve screening gezien, maar wel een duidelijke verslechtering van de woordvinding.

2.2

Verweerder is in maart 2009 door de behandelend arts van de afdeling geriatrie gevraagd om de wilsbekwaamheid van de heer G ten aanzien van zijn euthanasiewens te beoordelen en om te beoordelen of er sprake was van een depressie. Verweerder heeft daarom op 31 maart 2009 een huisbezoek afgelegd bij de heer G.

2.3

Verweerder heeft, op basis van zijn onderzoek tijdens het huisbezoek, geoordeeld dat de heer G wilsonbekwaam was. Voorts heeft verweerder geen depressieve kenmerken kunnen vaststellen. Verweerder heeft zijn oordeel gerapporteerd aan de huisarts van de heer G.

2.4

Op 26 augustus 2009 heeft psychiater dr. H een second opinion uitgevoerd betreffende de beoordeling van de wilsbekwaamheid van de heer G in verband met zijn euthanasieverzoek. Dr. H heeft de heer G ter zake wilsbekwaam geacht.

2.5

Klagers hebben op 30 november 2009 een klacht jegens verweerder ingediend bij de klachtencommissie van GGZ . De klachtencommissie heeft op 8 juni 2010 een beslissing op de klacht genomen, inhoudende dat de klacht deels gegrond en deels ongegrond is verklaard.

2.6

Op 10 december 2009 is de heer G door middel van hulp bij zelfdoding, verleend door zijn huisarts, overleden.

3. De klacht

De klacht bestaat uit de volgende onderdelen die, samengevat weergegeven met het oog op een doelmatige bespreking, als volgt luiden:

3.1

Verweerder had niet tot het oordeel mogen komen dat de heer G wilsonbekwaam was (eerste klachtonderdeel). Verweerder is volgens klagers op ondeskundige en onzorgvuldige wijze tot zijn oordeel gekomen (tweede klachtonderdeel).

Klagers baseren zich hierbij op het volgende:

- Het oordeel van verweerder berust op onzorgvuldig en ontoereikend onderzoek. Zo is het gesprek dat verweerder met de heer G had niet goed verlopen, is de verslaglegging van verweerder in het dossier en zijn rapportage aan de huisarts ontoereikend en heeft verweerder de familie van de heer G niet bij zijn onderzoek betrokken.
- Het oordeel van verweerder komt niet overeen met het oordeel van andere betrokken artsen.
- Het oordeel van verweerder komt niet overeen met een verklaring van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige van de heer G.
- Het oordeel van verweerder sluit niet aan op de ervaringen van de familie, naasten en betrokkenen.
- Verweerder heeft bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van de heer G ten aanzien van diens euthanasiewens onvoldoende besef gehad van zijn rol.

3.2

Verweerder is tekortgeschoten in de bejegening van de heer G. De heer G heeft het gesprek met verweerder als onaangenaam ervaren. Daarnaast is verweerder tekortgeschoten in de bejegening van klagers tijdens een gesprek met hen over het door verweerder gegeven oordeel. Klagers hebben verweerder tijdens dit gesprek als ontoegankelijk en niet-ontvankelijk ervaren en verweerder heeft zich paternalistisch opgesteld.

4. Het verweer

4.1

Verweerder betwist dat hij zijn oordeel heeft gebaseerd op onzorgvuldig en ontoereikend onderzoek. Hij heeft eerst een dossieronderzoek gedaan en vervolgens een gesprek met de heer G gevoerd, waarbij hij ook de MMSE (Mini-Mental State Examination) heeft afgenomen. De heer G was door zijn huisarts ingelicht over het doel en het tijdstip van het bezoek van verweerder. De heer G ging daar op dat moment mee akkoord. Toen verweerder bij het huis van de heer G aankwam, trof hij hem daar echter niet aan. Verweerder heeft de heer G uiteindelijk in de woonwijk gevonden. Het gesprek verliep moeizaam, enerzijds omdat de heer G geïrriteerd was doordat iemand van de GGZ hem weer bezocht en anderzijds omdat de heer G niet in staat was antwoord te geven op de gestelde vragen. De vragen van de MMSE lopen op in moeilijkheidsgraad en omdat de heer G de vragen niet kon beantwoorden, is verweerder op een gegeven moment gestopt met het aflopen van de vragenlijst.

Verweerder geeft toe dat de verslaglegging in het dossier en de brief aan de huisarts summier zijn en hij zal dit voortaan uitgebreider doen. Verweerder betwist echter dat de verslaglegging en de brief aan de huisarts ontoereikend zijn.

Naar de mening van verweerder heeft hij niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld door met de heer G in gesprek te zijn gegaan zonder de familie hierbij te betrekken. Op deze wijze vindt er namelijk geen beïnvloeding door een derde plaats.

Verweerder is van mening dat het feit dat een andere persoon op enig moment van mening is (geweest) dat de heer G wilsbekwaam was, nog niet inhoudt dat zijn oordeel onjuist is of op onzorgvuldige of ondeskundige wijze tot stand is gekomen.

Verweerder betwist dat hij onvoldoende besef heeft gehad van zijn rol. Hij heeft in zijn brief aan de huisarts vanuit zijn professie een uitspraak gedaan over dementie in verband met de wilsonbekwaamheid.

4.2

Verweerder betwist dat hij tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld, indien en voor zover de heer G het gesprek als onaangenaam heeft ervaren. Het gesprek verliep moeizaam, enerzijds omdat de heer G geïrriteerd was doordat iemand van de GGZ hem weer bezocht en anderzijds omdat de heer G niet in staat was antwoord te geven op de gestelde vragen. Voorts meent verweerder dat hij klagers tijdens het gesprek met hen niet onheus heeft bejegend en juist naar hen heeft geluisterd. Verweerder betwist dat hij zich tijdens het gesprek paternalistisch heeft opgesteld.

5. Bevoegdheid van het College

Het College heeft in een late fase van de procedure vastgesteld dat verweerder niet woonachtig is in het rechtsgebied van het College. Om proceseconomische redenen – de zittingsdatum was als bepaald en partijen hadden al een uitnodiging voor de zitting ontvangen – is besloten de zaak toch te behandelen en niet door te verwijzen naar het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle.

6. Beoordeling van de klacht

De klachten lenen zich voor een gezamenlijke behandeling.

Naar aanleiding van de stukken en het verhandelde ter zitting overweegt het College als volgt:

6.1

Verweerder heeft het College verzocht om te oordelen over de ontvankelijkheid van klagers, aangezien de heer G zelf bij leven geen klacht heeft ingediend over het handelen van verweerder. Klagers hebben het College verzocht om de heer G zelf ook als klager in de onderhavige procedure aan te merken.

Ingevolge artikel 65, eerste lid, sub a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) wordt een tuchtzaak aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht van – onder meer – een rechtstreeks belanghebbende. Onder dit begrip valt in ieder geval de patiënt zelf, maar ook een nabestaande van een overleden patiënt. Klagers zijn nabestaanden van de heer G en derhalve rechtstreeks belanghebbenden in de zin van de Wet BIG. Klagers moeten dan ook ontvankelijk worden verklaard in hun klacht.

In het dossier bevindt zich een verklaring van 10 december 2009, waarin de heer G klagers machtigt tot het indienen van een klacht bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Nu de klacht echter is ingediend na het overlijden van de heer G en klagers als nabestaanden een zelfstandige bevoegdheid hebben om een klacht

in te dienen met betrekking tot het handelen van verweerder, zal het College de heer G niet als klager aanmerken in de onderhavige procedure.

6.2

Bij wilsbekwaamheid gaat het om de vraag of en in hoeverre iemand in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. Daarbij geldt als uitgangspunt dat wilsbekwaamheid wordt voorondersteld, totdat het tegendeel komt vast te staan. Op verzoek van de (toenmalige) Minister van Justitie en Staatsecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur heeft een werkgroep in 1994 handreikingen geformuleerd bij de beoordeling van voormelde vraag (hierna: de Handreiking). De Handreiking is in januari 2007 geactualiseerd. De beoordeling van wilsbekwaamheid dient zich volgens de Handreiking primair te richten op het besluitvormingsvermogen van de patiënt en niet op de uitkomst van de beslissing van de patiënt, hetgeen impliceert dat het vermogen van de patiënt om de aard en de gevolgen van de beslissing te begrijpen bij de beoordeling centraal zal (moeten) staan en verder dat de bekwaamheid van de patiënt zoveel mogelijk per concrete beslissing dient te worden beoordeeld. Tegen de achtergrond van deze uitgangspunten definieert de Handreiking het begrip wilsbekwaamheid aldus, dat de patiënt er blijk van geeft de op zijn bevattingsvermogen afgestemde informatie te begrijpen naar de mate die voor de aard en reikwijdte van de te nemen beslissing noodzakelijk is. Ten aanzien van de verslaglegging door de arts vermeldt de Handreiking dat daarin met name aandacht zou moeten worden besteed aan de inhoud en de wijze waarop de patiënt er al dan niet blijk van heeft gegeven de verstrekte informatie te hebben begrepen.

6.3

Naast de onder 6.2 vermelde Handreiking zijn er nog twee relevante richtlijnen, opgesteld door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG). Tezamen met de handreiking geven zij weer wat naar huidige inzichten bij een onderzoek als het onderhavige als professionele normen dient te gelden. Het College gaat hier bij zijn beoordeling ook vanuit. Het gaat om het Stappenplan bij beoordeling van wilsbekwaamheid uit 2004 (hierna: het Stappenplan) en de Beginselen en vuistregels bij wilsonbekwaamheid bij oudere cliënten met een complexe zorgvraag uit 2008 (hierna: de Beginselen bij wilsonbekwaamheid).

Het Stappenplan biedt een toetsingskader aan hulpverleners die zich een oordeel moeten vormen over de wilsbekwaamheid van een patiënt. Het Stappenplan vermeldt onder meer dat de patiënt voorbereid dient te worden op de beoordeling van wilsbekwaamheid, dat de beslisvaardigheid van de patiënt geëvalueerd moet worden en dat er overleg dient plaats te vinden met de vertegenwoordiger van de patiënt voor aanvullende informatie over eventuele beperkingen van de beslisvaardigheid en over de relevante context.

In de Beginselen bij wilsonbekwaamheid worden enkele vuistregels genoemd bij de beoordeling van wilsbekwaamheid. Zo wordt aangegeven dat de wilsbekwaamheid ter zake moet worden beoordeeld en dat men nooit genoeg mag nemen met het vaststellen van een diagnose als antwoord op de vraag naar wilsbekwaamheid. De diagnose dementie betekent bijvoorbeeld niet automatisch dat een patiënt wilsonbekwaam is.

6.4

Onderzoek en conclusie

Gelet op de onder 6.2 en 6.3 genoemde richtlijnen is het College van oordeel dat het door verweerder verrichte onderzoek naar de wilsbekwaamheid van de heer G onzorgvuldig is geweest. Uit de bijlagen bij het verweerschrift blijkt dat verweerder op 30 maart

2009, naar aanleiding van een e-mail van de behandelend arts van de afdeling geriatrie, aan zijn secretaresse heeft gevraagd om een afspraak te maken voor een huisbezoek. Het huisbezoek heeft de volgende dag, 31 maart 2009, plaatsgevonden. De huisarts heeft, zoals door verweerder is aangevoerd en door klagers niet is weersproken, de heer G telefonisch ingelicht over het huisbezoek en de heer G is hiermee akkoord gegaan. De heer G leed echter aan een dementiesyndroom, waardoor het niet onwaarschijnlijk is dat hij de telefonische aankondiging van het huisbezoek en de reden van het bezoek is vergeten. Daarnaast is er niet gezorgd dat de vertegenwoordiger/de familie van de heer G bij het huisbezoek aanwezig was en ook heeft er geen overleg plaatsgevonden met de familie over het desbetreffende bezoek. De voorbereiding van het onderzoek was derhalve onvoldoende, te meer gezien het een onderzoek betrof naar de wilsbekwaamheid ter zake van een beslissing van zeer ingrijpende aard. Verweerder heeft hierbij aldus onvoldoende regie gevoerd.

Verweerder heeft voorafgaand aan het huisbezoek dossieronderzoek verricht en heeft tijdens het huisbezoek een MMSE bij de heer G afgenomen. Het gesprek met de heer G en de MMSE verliepen moeizaam. Verweerder heeft opgemerkt dat dit kwam doordat dat de heer G geïrriteerd was over het bezoek en vragen niet kon beantwoorden. Het College neemt echter aan dat de gebrekkige voorbereiding van het onderzoek heeft bijgedragen aan het moeizaam verlopen van het gesprek en de MMSE. Verweerder heeft de heer G immers niet thuis aangetroffen toen hij bij diens woning was aangekomen, maar heeft hem gevonden in de woonwijk, waarna ze samen naar de woning van de heer G zijn gelopen. Het is waarschijnlijk dat de heer G door het bezoek van verweerder, een voor hem onbekende man, is overvallen en dat dit van invloed is geweest op het moeizaam verlopen van het gesprek en de MMSE. Verweerder had hiermee rekening behoren te houden, bijvoorbeeld door het gesprek te onderbreken en op een later tijdstip, mogelijk zelfs op een andere datum, onder betere conditie voort te zetten.

Op basis van het dossieronderzoek, het gesprek en de MMSE heeft verweerder geconcludeerd dat er bij de heer G sprake was van ernstige dementie en dat hij dermate ernstig cognitief gestoord was dat hij niet wilsbekwaam kon worden beschouwd. Uit deze conclusie blijkt niet dat verweerder de wilsbekwaamheid van de heer G ter zake van diens euthanasiewens heeft beoordeeld, terwijl hem, verweerder, juist hierover specifiek om een oordeel was gevraagd. De diagnose dementie betekent niet automatisch dat een patiënt ter zake wilsbekwaam is. Verweerder had daarom in zijn conclusie niet mogen volstaan met het stellen van de diagnose dementie als antwoord op de vraag naar wilsbekwaamheid.

Verweerder diende een onafhankelijke positie in te nemen bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid van de heer G ter zake van zijn euthanasiewens. Om de wilsbekwaamheid ter zake te beoordelen moest verweerder begrippen met betrekking tot euthanasie bij de heer G aan de orde stellen. Ter zitting heeft verweerder verklaard dat hij tijdens het huisbezoek gevraagd heeft of de heer G de wens had om dood te gaan. De heer G heeft hier volgens verweerder op geantwoord dat hij deze wens nog niet had. Verweerder heeft de heer G vervolgens gevraagd of hij nog plezier had in het leven en deze vraag werd door de heer G bevestigend beantwoord. In het dossier en in de brief aan de huisarts heeft verweerder vermeld dat er tijdens het onderzoek geen euthanasiewens bij de heer G bestond. Het doel van het onderzoek van verweerder was echter niet om de euthanasiewens zelf te beoordelen, maar om te beoordelen of de heer G wilsbekwaam was ter zake van zijn euthanasiewens. Verweerder heeft zijn onafhankelijke rol bij de beoordeling van de wilsbekwaamheid ter zake verward met het beoordelen

van de euthanasiewens. Dat er sprake is geweest van rolverwarring door verweerder blijkt ook uit zijn schriftelijke reactie op de klacht die klagers hebben ingediend bij de klachtencommissie van GGZ . Verweerder vermeldt in deze reactie het volgende: *'Indien ik een patiënt beoordeel i.v.m. een verzoek tot euthanasie en deze patiënt geeft tijdens dit gesprek niet aan een wens tot euthanasie te hebben noch op andere wijze dood te willen dan kan ik onmogelijk dit verzoek ondersteunen.'* Verweerder geeft ook in deze reactie zijn oordeel over de euthanasiewens zelf en niet over de wilsbekwaamheid ter zake.

Klagers hebben ter onderbouwing van hun klacht nog aangegeven dat het oordeel van verweerder niet overeenkomt met het oordeel van andere betrokken artsen, een verklaring van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en de ervaringen van de familie en naasten. Bij de beoordeling van wilsbekwaamheid is het van belang dat de resultaten van andere (neuropsychologische) onderzoeken hierbij worden betrokken. Ook kunnen verpleegkundigen of verzorgenden die dagelijks omgang hebben met de patiënt relevante informatie of inzichten aanreiken. Het feit dat een andere persoon op enig moment een oordeel heeft gegeven dat niet overeenkomt met het oordeel van verweerder, is echter onvoldoende grond om aan te nemen dat het oordeel van verweerder onjuist is geweest of op onzorgvuldige wijze tot stand is gekomen. Deze door klagers aangevoerde grond zal dan ook verder buiten beschouwing worden gelaten, nu uit het voormelde wel blijkt dat het onderzoek en de conclusie van verweerder onzorgvuldig zijn geweest.

Verslaglegging

Het College is van oordeel dat de verslaglegging van verweerder in het dossier en de brief aan de huisarts, onder meer gelet op de onder 6.2 genoemde Handreiking, tekort schiet. Zowel in de verslaglegging in het dossier als in de brief aan de huisarts ontbreekt een inzichtelijke weergave van de feiten en gronden waarop de conclusie steunt en wordt niet uiteengezet of de gronden de daaruit getrokken conclusie kunnen rechtvaardigen. Ook valt niet het uitgangspunt te ontwaren dat wilsbekwaamheid wordt voorondersteld totdat het tegendeel komt vast te staan. Verder wordt de methode van onderzoek, de MMSE, niet beschreven. Tot slot blijkt uit de verslaglegging en de brief aan de huisarts niet welke informatie ter zake van het onderzoek precies aan de heer G is verschaft en op welke wijze de heer G er al dan niet blijk van heeft gegeven de verstrekte informatie te hebben begrepen. Verweerder heeft aangevoerd dat de consultvragers, in dit geval de behandelend arts van de afdeling geriatrie, zorgdraagt voor de correspondentie aan de huisarts en dat dat ook gebeurd is door middel van een brief van de behandelend arts. Los hiervan heeft verweerder op verzoek van de behandelend arts van de afdeling geriatrie in een kort briefje vooruitlopend op de brief van de behandelend arts, zijn conclusies aan de huisarts doorgegeven. De brief van de consultvragers aan de huisarts bevrijdt verweerder als beoordelaar echter niet van de verplichting om zijn conclusie voldoende te onderbouwen.

6.5

Zoals onder 6.4 overwogen is de voorbereiding van het huisbezoek aan de heer G onvoldoende geweest en is het waarschijnlijk dat de heer G overvallen was door het bezoek van verweerder, een hem onbekende man, die hem in zijn woonwijk heeft aangesproken en samen met hem naar zijn woning is gegaan. Verweerder heeft hiermee geen rekening gehouden en heeft zijn onderzoek uitgevoerd. Het College acht het dan ook aannemelijk dat de heer G het gesprek met verweerder als onaangenaam heeft ervaren. Verweerder is door zijn optreden tekortgeschoten in de bejegening van de heer G.

Klagers hebben een gesprek aangevraagd met verweerder ten behoeve van een nadere toelichting van zijn oordeel. Verweerder diende tijdens dit gesprek te bespreken op welke wijze hij de wilsbekwaamheid van de heer G beoordeeld heeft en hoe hij tot zijn conclusie is gekomen. In het onder 6.3 genoemde Stappenplan wordt vermeld dat de beoordeling van wilsbekwaamheid met de vertegenwoordiger van de patiënt moet worden besproken en de vertegenwoordiger van de benodigde informatie moet worden voorzien. Verweerder had er niet voor gezorgd dat de vertegenwoordiger/de familie van de heer G bij het huisbezoek aanwezig was en had daarom des te meer zijn beoordeling van wilsbekwaamheid moeten toelichten tijdens het door klagers zelf aangevraagde gesprek. Verweerder geeft aan te hebben getracht zijn oordeel toe te lichten. Klagers hebben dit echter niet als zodanig ervaren. Verweerder heeft tijdens het gesprek, waarbij overigens ook de behandelend arts van de afdeling geriatrie aanwezig was, namelijk ook getracht over te brengen dat goede verzorging en begeleiding van de heer G via GGZ gecontinueerd moest worden. Dit blijkt ook uit de schriftelijke reactie van verweerder op de klacht die klagers hebben ingediend bij de klachtencommissie van GGZ. Voor klagers was het doel van het gesprek echter niet het verkrijgen van advies over de zorg voor hun (schoon)vader, maar het verkrijgen van een toelichting over het oordeel van verweerder.

6.6.

Op grond van het voorgaande is het College van oordeel dat het onderzoek, de verslaglegging en de conclusie van verweerder niet aan de professionele eisen voldoen. Verweerder treft daarom een tuchtrechtelijk verwijt. Dit klachtonderdeel is tevens gegrond.

7. Slotsom

De klacht is in beide onderdelen gegrond. Het geheel overziende is het College van oordeel dat niet met een waarschuwing kan worden volstaan. In het bijzonder geldt dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld door zonder de familie erbij te betrekken het gesprek aan te gaan met een patiënt met dementie en toen vervolgens bleek dat het gesprek niet goed verliep, daar wel vergaande conclusies aan te verbinden. Ook weegt bij de keuze voor de maatregel mee dat verweerder zijn oordeel onvoldoende aan klagers heeft toegelicht. Ten slotte heeft verweerder er geen blijk van gegeven voortschrijdend inzicht te hebben in het verschil tussen het beoordelen van de wilsbekwaamheid ter zake van een euthanasiewens en het beoordelen van de euthanasiewens zelf. Verweerder dient bij uitstek inzicht te hebben in dit verschil, nu hij als psychiater vaker met de vraag naar wilsbekwaamheid ter zake van een euthanasiewens geconfronteerd kan worden. Het handelen van verweerder is derhalve niet slechts verwijtbaar, maar ook laakbaar. Het College zal een berisping opleggen.

8. Beslissing

**Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Groningen:
Verklaart klagers ontvankelijk in hun klacht;
Verklaart de klacht in alle onderdelen gegrond en legt verweerder in verband daarmee de maatregel van berisping op.**

Aldus gegeven door:

mr. dr. H.L.C. Hermans, voorzitter,
mw. mr. H. van Lokven-van der Meer, lid-jurist,
drs. R.M.W. Smeets, lid-geneeskundige,
mw. drs. M.E.H.M. Fortuin, lid-geneeskundige,
mw. drs. C.J. Groenewold, lid-geneeskundige,
bijgestaan door mw. mr. J. Visser, secretaris.

en in het openbaar uitgesproken op 6 december 2011 door de voorzitter, in tegenwoordigheid van de secretaris.

De secretaris:

De voorzitter: