

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2011.295

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2011.295 van:

A., psychiater, wonende te B., appellant, tevens verweerder in het incidenteel beroep, verweerder in eerste aanleg,

gemachtigde: mr. O.L. Nunes, advocaat te Utrecht

tegen

C., wonende te D., verweester in hoger beroep, tevens incidenteel appellante, klaagster in eerste aanleg, gemachtigde: E..

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klaagster - heeft op 11 november 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 5 juli 2011, onder nummer 09/346 heeft dat College de klacht grotendeels gegrond verklaard en de psychiater voor het gegrond verklaarde deel van de klacht de maatregel van waarschuwing opgelegd. De psychiater is van die beslissing voor zover gegrond verklaard tijdig in hoger beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend en daarbij tevens incidenteel beroep ingesteld. De psychiater heeft hierop gereageerd met een verweerschrift in incidenteel beroep.

De psychiater heeft een door F., psychiater en hoofd behandelenzaken van G., expertisecentrum voor persoonlijkheidsproblematiek, opgesteld deskundigenrapport d.d. 5 oktober 2011 overgelegd.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 31 mei 2012, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door E. voornoemd, en de psychiater, bijgestaan door mr. Nunes voornoemd.

Klaagster heeft ter zitting een schriftelijke machtiging d.d. 31 mei 2012 overgelegd waarin zij E. machtigt om namens haar ter zitting op te treden. Beide partijen hebben pleitnotities overgelegd. Klaagster heeft tevens nog een slotwoord overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

#### **“ 2. De feiten**

*Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden, kan van het volgende worden uitgegaan:*

2.1 Verweerder is als psychiater verbonden aan de H. te D. (hierna: de Kliniek).

2.2 Klaagster, geboren op 23 april 1960, is in mei 1991 voor het eerst (poliklinisch) door verweerder gezien.

2.3 Tussen 4 februari en 31 maart 1992 is zij opgenomen geweest in de Kliniek.

2.4 In de brief van 14 april 1992 aan de huisarts van klaagster heeft verweerder verslag gedaan van de opname. Onder het kopje “Bespreking” heeft hij onder meer geschreven:

*“ Neurotische persoonlijkheid (ontwijkende en passief-agressieve kenmerken) en angststoornis welke zich onder meer uit in angst voor hyperventilatie en een algemeen ontwijkend gedrag.”*

Onder het kopje “Voorstel” staat:

- oppakken van eigen activiteit, en eigen actieradius bepalen
- verder oefenen aan het zich uitspreken en plaatsnemen in een groep (deeltijd)
- haar plek (relatie) binnen de familie nog verder proberen te veranderen en bespreken
- medicatie; - Cinis Ferri per Urticam D3 (3 maal een mespunt)
  - Berberis/Ouarts comp 3X10 glob.
  - Arnica cp. Cuprum olie
  - Solum uliginosum in bad
  - Conchae 50%/ Bryophyllum 50%, 1 th “s avonds”

2.5 Van april 1992 tot eind april 1993 is klaagster in deeltijdbehandeling geweest in de Kliniek.

2.6 Tussen 1992 en 2000 zijn, naast andere hulpverleners uit verschillende disciplines, (ook) twee andere psychiaters verbonden aan de Kliniek betrokken geweest bij de behandeling van klaagster.

2.7 Vanaf 1992 is klaagster intensief ambulante begeleid door de maatschappelijk werkende I. voornoemd.

2.8 Klaagster is van 15 oktober 1997 tot 26 november 1997 opgenomen geweest om uit de impasse te geraken van het komen tot een keuze met betrekking tot haar woon-situatie.

2.9 Op 11 mei 1998 is een behandelovereenkomst opgesteld en door klaagster ondertekend.

2.9 Van 15 februari tot en met 29 februari 2000 is klaagster wederom opgenomen geweest. Dit maal was het doel rust te leren nemen.

2.10 Vanaf haar opname in 2000 is klaagster begeleid door I.. Daarnaast werd zij door verweerder met een frequentie van twee maal per week gezien.

2.11 Toen in 2002 de behandeling opnieuw leek te stagneren, heeft verweerder, mede in verband met ziekte van I., extra gesprekken met klaagster gevoerd. In dat jaar heeft klaagster een klacht tegen I. ingediend bij de klachtencommissie die zij vervolgens weer heeft ingetrokken.

2.12 Op 24 juni 2002 is klaagster op haar verzoek psychologisch onderzocht in G. te K..

2.13 Naast de gevoerde gesprekken met I. en verweerder heeft klaagster in de Kliniek aan een euritmitherapie deelgenomen en heeft zij een identiteitsversterkende groepstherapie gevolgd.

2.14 Op 23 januari 2006 heeft verweerder aan UWV onder meer gerapporteerd:

” In antwoord op uw eerste vraag ligt de hoofddiagnose op As II-een persoonlijkheid met kenmerken uit cluster C: vermijdende en obsessief-compulsieve kenmerken. Op As I is er sprake van een dysthyme stoornis en een paniekstoornis met agorafobische kenmerken.”

2.15 Van 13 juli tot en met 27 juli 2006 is klaagster in de Kliniek opgenomen geweest om tot rust te komen.

2.16 Na een inbraak in haar huis is klaagster in 2006 een EMDR therapie begonnen.

2.17 Tussen 24 mei en 30 mei 2007 is klaagster wederom opgenomen geweest. De reden van opname was dat bij klaagster een melanoom was verwijderd en zij geen andere opvang had kunnen regelen.

2.18 Op 10 oktober 2007 is een behandelplan opgesteld met de volgende inhoud:

### **“ Doelstellingen**

- *“Ik wil leven”, dit houdt in:*
- *vanuit inspiratie meer activiteiten ondernemen*
- *in het sociale contact bij mezelf blijven en naar de ander kunnen luisteren*
- *verwerken van diagnose en gevolgen van operatieve ingrepen*

### **Afspraken**

- *Om de week gesprek bij I..*
- *Opstellen van dag/week programma waarin activiteiten en sociale contacten stapsgewijs uitgebreid worden besproken*
- *Bespreken van ervaringen volgens dynamische oordeelsvorming*
- *Stilstaan en expliciteren van angsten/fobieën*
- *Om de maand gesprek met A.*
- *Bespreken van ervaringen volgens de dynamische oordeelsvorming*
- *Stilstaan en expliciteren van de ervaringen n.a.v. diagnose kanker en van ingrepen.*
- *Bespreken medicatie*

### **Groep:**

- *Aandachtsgerichte cognitieve groep (januari 2008)*
- C., geb. Datum 23-04-1960* *namens deeltijdteam*

### **Diagnose**

- *Meerdere vormen uit het angstspectrum “*

*Dit plan is niet ondertekend.*

*2.19 Op 7 november 2007 heeft een intakegesprek plaatsgevonden met een gezondheidszorgpsycholoog verbonden aan de therapeutische leef-werkgemeenschap L., onderdeel van de Kliniek. Klaagster heeft een behandeling bij L. afgewezen.*

*2.20 Op 19 november 2007 is I. tijdens een begeleidingsgesprek boos geworden en heeft zij klaagster laten weten de behandeling te willen beëindigen.*

*Verweerder heeft daarop de begeleiding van klaagster op zich genomen.*

*Nadat klaagster diverse voorstellen voor een vervolgbehandeling had afgewezen, is in januari 2008 een briefwisseling tussen verweerder en klaagster ontstaan over de voortgang van de behandeling.*

*2.21. In maart 2008 heeft klaagster de directeur divisie psychiatrie van de Kliniek geschreven met het verzoek om de behandelovereenkomst van 10 oktober 2007 uit te voeren. Hierop is een jaarlang correspondentie tussen klaagster en de directeur over het vervolg van de behandeling gevoerd.*

*2.22 In april 2008 heeft klaagster een klacht ingediend bij de klachtencommissie van de Kliniek tegen verweerder en I..*

*2.23 In mei 2008 heeft klaagster op voorstel van voornoemde directeur een gesprek met een andere psychiater, eveneens verbonden aan de Kliniek.*

*2.24 In november 2008 heeft klaagster opnieuw een klacht over haar behandeling bij de klachtencommissie van de Kliniek ingediend.*

*2.25 In januari 2009 heeft klaagster een gesprek met een derde psychiater over de ontstane behandelimpasse gehad.*

*2.26. In maart 2009 is klaagster voor een gesprek met een bestuurder van de Kliniek uitgenodigd. Tot een oplossing heeft dit niet geleid.*

### **3. De klacht en het standpunt van klaagster**

*De klacht houdt kort samengevat weergegeven in dat verweerder:*

- 1. klaagster extreem lang onder behandeling heeft gehouden;*
- 2. klaagster heeft willen “wegwerken” door middel van malversaties met het*

- behandelplan;
3. de behandeling abrupt heeft beëindigd;
  4. het behandeldossier onvoldoende heeft bijgehouden.

#### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

#### **5. De overwegingen van het college**

5.1 Vast staat dat verweerder tussen 1991 en 2008 verantwoordelijk is geweest voor de behandeling van klaagster. Uit de door verweerder overgelegde stukken die voornamelijk bestaan uit correspondentie van verweerder en andere bij de behandeling betrokken hulpverleners aan derden blijkt dat de diagnoses persoonlijkheidsstoornis en angststoornis bij het begin van de behandeling zijn gesteld en ongewijzigd zijn gebleven.

Uit deze stukken blijkt verder dat er sprake is geweest van een langdurige behandeling waarbij een gestructureerde aanpak van de bij klaagster vastgestelde stoornissen heeft ontbroken, althans niet zichtbaar is geweest. Ook komt hier het beeld naar voren van een groeiende afhankelijkheidsrelatie tussen klaagster enerzijds en respectievelijk I. en verweerder anderzijds. Klaagster is zelfs op enig moment verhuisd van haar woonplaats M. naar D. om in de buurt van de Kliniek te kunnen zijn.

5.2 Naast de verschillende behandeltechnieken die door diverse andere hulpverleners zijn toegepast en die voornamelijk gericht waren op de angststoornis (o.a. eurietherapie, EMDR, identiteitsversterkende groepstherapie) is klaagster gedurende de jaren dat zij onder behandeling was vijf maal kortdurend opgenomen geweest waarbij de indicatie eerder sociaal dan medisch is geweest. Ook deze opnames passen in het hier voren geschetste beeld van een behandeling die voornamelijk steunend van karakter is geweest en die door haar lange duur en het ondersteunende en verzorgende karakter het gevaar in zich droeg van het versterken van de vermijding en de afhankelijkheid bij een gediagnosticeerde persoonlijkheidsproblematiek.

5.3 In plaats hiervan was gelet op de persoonlijkheidsstoornis die bij klaagster was vastgesteld een helder en op het versterken van de autonomie gericht behandelbeleid waarbij duidelijke grenzen worden gesteld meer op zijn plaats geweest. De door verweerder zelf geconstateerde stagnaties van de behandeling en het indienen van klachten van klaagster bij de klachtencommissie hadden in elk geval moeten leiden tot heroverweging of wijziging van het tot dan toe gevoerde "zachte" beleid.

5.4 Ook gemeten aan de destijds geldende professionele inzichten is het gebrek aan transparantie van behandeldoelen (voor zowel klaagster als haar behandelaars) en het nalaten van regelmatige evaluatie van de behandelresultaten, verweerder tuchtrechtelijk aan te rekenen. Dat de Kliniek een antroposofische signatuur heeft, laat onverlet dat een professionele behandeling aan de geldende standaard van de betrokken beroepsgroep dient te voldoen.

5.5 Uitgangspunt voor een behandeling is immers de gestelde diagnose en de daaruit voortvloeiende indicatie voor de behandeling. Zowel de diagnose als de voorgenomen behandeling dienen vervolgens met de patiënt te worden besproken waarbij - binnen een redelijke termijn- overeenstemming moet worden gezocht en bereikt over een behandelplan dat vervolgens regelmatig samen met de patiënt wordt geëvalueerd en zo nodig wordt bijgesteld.

5.6 Gebleken is echter dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis nooit aan klaagster is toegelicht. Verweerder heeft ter terechtzitting hierover verklaard dat klaagster hiervan wel op de hoogte was. Hij voegde hieraan toe dat in de brieven die verweerder heeft

*geschreven aan derden deze diagnose stond vermeld en dat zij hiervan altijd een kopie heeft gekregen. Wat hier van zij, in de door klaagster in 1998 ondertekende behandelovereenkomst is deze diagnose overigens ook vermeld.*

*Dat klaagster heeft kunnen kennisnemen van de diagnose staat daarmee vast maar is naar het oordeel van het college echter niet voldoende.*

*5.7 Het bespreken en toelichten van de diagnose is immers niet alleen een plicht van de hulpverlener die voortvloeit uit het recht op informatie van een patiënt en noodzakelijk voor het verlenen van diens geïnformeerde toestemming, duidelijkheid is tevens vanuit therapeutisch oogpunt - bijzondere omstandigheden daargelaten- essentieel voor de vertrouwensbasis van de behandeling.*

*5.8 Ook de behandelplannen die zich in het dossier bevinden, passen in het eerder geschetste beeld. De behandeldoelen zijn daarin vaag omschreven, de gebruikte terminologie voor de beschrijving van de diagnose is vermijdend en evaluatie en controlemomenten ontbreken. Voor deze momenten had plaats moeten worden ingeruimd omdat een behandeling nu eenmaal niet eindeloos mag duren. Het geheel ademt al met al de sfeer uit van therapeutisch nihilisme waarbij de therapeut kennelijk geen andere doelstelling voor ogen had dan behoud van huidig niveau van functioneren, zoals verweerder in zijn brief van 23 januari 2006 aan UWV zijn behandel doelstelling verwoordde. Dit alles overwegende is het eerste klachtonderdeel gegrond.*

*5.9 Gelet op de onderlinge samenhang van de klachtonderdelen onder 2 en 3 zullen deze hieronder gezamenlijk worden besproken*

*Het college begrijpt de klachtonderdelen samengevat als een verwijt aan het adres van verweerder over de gang van zaken na 19 november 2007, waarbij klaagster aan haar lot zou zijn overgelaten.*

*5.10 Vast staat dat de besprekingen om tot overeenstemming te komen over het behandelplan van 10 oktober 2007 met I. zijn gevoerd. I. wilde daarna niet meer betrokken bij de behandeling van klaagster zijn. Uit de correspondentie die klaagster hierop met verweerder heeft gevoerd, kan worden opgemaakt dat zij een sterke (en gelet op haar afhankelijkheidsrelatie begrijpelijke) wens had om de status quo van haar contacten met I. te handhaven.*

*Het debat tussen klaagster en de Kliniek over de uitvoering van het behandelplan van 10 oktober 2007 is voorgezet tot in 2009. In de tussentijd is er niet of nauwelijks meer sprake geweest van enige behandeling.*

*5.11 Naar het oordeel van het college had het conflict met I. bij verweerder ten minste aanleiding moeten geven om bij zichzelf te rade te gaan waar hij tekort was geschoten. De discussie over het al dan niet uitvoeren van het voorgestelde behandelplan ontstond immers nadat er een breekpunt in de behandeling was ontstaan doordat I. gezegd had met klaagster niet verder te willen gaan. Verweerder had daarom moeten inzien dat het abrupte einde van deze langdurige hulpverleningsrelatie de resultante was van het jarenlange gevoerde beleid waarbij I. een onevenredig belangrijke steunpilaar voor klaagster was geworden, een rol die voorbij schoot aan hetgeen van haar als professionaal behoefde te worden verwacht.*

*Dat hij dit niet heeft ingezien, valt verweerder te verwijten. Ook deze klachtonderdelen zijn daarom gegrond.*

*5.12 Onvoldoende duidelijk is geworden of hetgeen tijdens het vooronderzoek en hetgeen waarnaar op de zitting is verwezen tezamen het gehele dossier omvat. De gemachtigde heeft aan het einde van de terechtzitting verklaard dat hij een omvangrijk dossier bij zich had dat te groot was geweest om te kopiëren. Van het aanbod om deze stukken in te zien is gelet op het late stadium in de procedure geen gebruik gemaakt.*

*Daarmee kan de gegrondheid van dit klachtonderdeel niet worden vastgesteld. Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.*

*De conclusie van het voorgaande is dat de klacht grotendeels gegrond is. Verweerder gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klaagster had behoren te betrachten.*

*De oplegging van na te melden maatregel is daarvoor passend en toereikend nu verweerder onderdeel uitmaakt van een instellingscultuur waarin een behandeling past waarbij patiënten schijnbaar eindeloos worden verzorgd en ondersteund zonder dat daarbij grenzen worden overwogen en gesteld.*

*Naar het oordeel van het college is dit overigens reden tot ernstige zorg over de werkwijze van de andere professionals in de Kliniek”.*

### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden.

### 4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 De psychiater is onder aanvoering van een vijftal grieven in hoger beroep gekomen tegen de gegrondverklaring van de klacht dat hij klaagster extreem lang onder behandeling heeft gehouden, dat hij klaagster heeft willen “wegwerken” door middel van malversaties met het behandelplan en de klacht dat hij de behandeling abrupt heeft beëindigd. Het beroep strekt er primair toe dat deze klachtonderdelen alsnog ongegrond worden verklaard en subsidiair dat bij gegrondverklaring van een of meer klachtonderdelen geen maatregel wordt opgelegd. Klaagster heeft in het principaal beroep gemotiveerd verweer gevoerd en impliciet geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.2 In het incidenteel beroep is klaagster opgekomen tegen de afwijzing van haar klacht dat de psychiater het behandeldossier onvoldoende heeft bijgehouden. Het incidenteel beroep strekt ertoe dat dit klachtonderdeel alsnog gegrond wordt verklaard. De psychiater heeft in het incidenteel appel gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van dit beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

#### *In het principaal beroep*

Duur van de behandeling

4.4 Vaststaat dat klaagster gedurende bijna zestien jaren onder behandeling is geweest bij de H., waarvan grotendeels onder het (hoofd)behandelaarschap van de psychiater. Uit de stukken van het dossier komt een beeld naar voren van klaagster als een patiënt met psychische klachten van verschillende aard, zijnde zogenoemde AS I klachten (waaronder paniekstoornis met agorafobie en verlatingsangst) en chronische AS II klachten (obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis), die wat betreft de AS II klachten weliswaar door klaagster niet worden (h)erkend - klaagster ontkent immers dat zij een persoonlijkheidsstoornis heeft -, maar wel degelijk vanaf het begin bij klaagster zijn geconstateerd. Immers, blijkens de brief aan de huisarts van 14 april 1992 heeft de psychiater reeds in 1992 de volgende diagnose gesteld “Neurotische persoonlijkheid (ontwijkende en passief-agressieve kenmerken) en angststoornis welke zich onder meer uit in angst voor hyperventilatie en een algemeen ontwijkend gedrag” en heeft hij melding gemaakt van klaagsters sterke neiging tot afhankelijkheid die zij uit in een verzetshouding. Weliswaar heeft de psychiater in deze brief niet de term persoonlijkheidsstoornis gebruikt, maar de daarin vermelde diagnose ‘neurotische persoonlijkheid’ betreft wel de in de DSM IV classificatie onder AS II bedoelde obsessieve-compulsieve persoonlijkheidsstoornis. Deze brief d.d. 14 april 1992 aan de huisarts maakt onderdeel uit van klaagsters behandeldossier en de daarin vermelde diagnose

heeft - zo blijkt uit het medisch dossier - de verdere psychiatrische behandeling van klaagster vorm gegeven. Niet in geschil is dat klaagster een afschrift van voormelde brief heeft ontvangen en gelet op de inhoud van het (verdere) medische dossier en de opvolgende behandelplannen, acht het Centraal Tuchtcollege het niet aannemelijk dat klaagster niet in deze diagnose is gekend. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege kan klaagster zich er dan ook niet met succes op beroepen dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis niet in het behandeldossier is vermeld, geen onderdeel is geweest van het behandelplan of niet met haar is besproken.

4.5 De psychiater heeft ter zitting in hoger beroep verklaard dat de lange duur van de behandeling bij klaagster was ingegeven door de bij klaagster geconstateerde persoonlijkheidsstoornis (vermijden, dwangmatigheid, twijfels, bekritisieren, somatiseren) waarbij de behandeling is gericht op begeleiding in het herkennen van patronen en het uitproberen van nieuwe gedragingen teneinde tot daadwerkelijke en door de persoon ervaren veranderingen te komen. Het Centraal Tuchtcollege volgt de psychiater in zijn oordeel dat de aard van de bij klaagster geconstateerde persoonlijkheidsproblematiek noopte tot een langdurige ondersteunende behandeling. Bezien in het licht van de bij klaagster geconstateerde persoonlijkheidsproblematiek is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de duur van klaagsters behandeling niet onredelijk lang is geweest, zeker niet wanneer de behandeling wordt geplaatst in de tijdgeest van de psychiatrische praktijk van de jaren negentig waarin de behandeling van klaagster een aanvang heeft genomen.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege is voorts niet gebleken dat de kwaliteit van de aan klaagster verleende (psychiatrische) zorg 'inferieur' is geweest, zoals klaagster heeft aangevoerd. Uit het enkele feit dat de behandeling bijna zestien jaar heeft geduurd kan dit in ieder geval niet worden afgeleid.

Abrupte beëindiging van de behandeling

4.7 Niet in geschil is dat de hulpverleningsrelatie van klaagster met maatschappelijk werkende mevrouw I. (hierna: I.) na bijna 16 jaar tot een onverwacht einde is gekomen. Duidelijk is dat deze onverwachte beëindiging van de hulpverleningsrelatie was ingegeven door het feit dat I. op 19 november 2007 tijdens een van haar wekelijkse begeleidingsgesprekken met klaagster 'onprofessioneel boos' is geworden op klaagster, waarna zij aan klaagster heeft aangegeven haar niet verder te kunnen en willen begeleiden. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege kan deze breuk in de hulpverleningsrelatie met I. de psychiater niet tuchtrechtelijk worden aangerekend. Het enkele feit dat de psychiater toentertijd hoofdbehandelaar van klaagster was is daarvoor onvoldoende. Gesteld noch gebleken is dat de psychiater alert had moeten zijn op een mogelijke breuk in de continuïteit van klaagsters begeleiding door I.. Weliswaar was het de psychiater bekend dat de begeleiding van klaagster zeer intensief was en dat er moeizame gesprekken gaande waren over een nieuw meer resultaatgericht behandelplan, maar I. stond bekend als een zeer ervaren maatschappelijk werkende en er waren geen aanwijzingen dat zij de behandelrelatie met klaagster onverwacht zou beëindigen.

4.8 Voorts heeft de psychiater aannemelijk gemaakt dat hij zich na de breuk in de hulpverleningsrelatie met I., voldoende heeft ingespannen om een zorgvuldige overgang in klaagsters begeleiding te bewerkstelligen. Zo heeft hij er voor gezorgd dat er na de breuk in zijn bijzijn meerdere gesprekken hebben plaatsgevonden met klaagster en I. om het gesprek van 19 november 2007 te bespreken. Ook heeft hij vanaf het moment van de breuk tot februari 2008 zijn behandelcontacten met klaagster geïntensiveerd door haar in plaats van 'om de week' iedere week te zien. Daarmee heeft de psychiater onder de gegeven omstandigheden voldoende schadebeperkende maatregelen getroffen en heeft de psychiater - ook gelet op de lange duur van de behandeling

- een adequate termijn in acht genomen om tot een zorgvuldige overgang in de begeleiding van klaagster te (kunnen) komen. Ook nadien, toen klaagster niet meer op gesprekken verscheen, is de psychiater - zo blijkt uit het behandeldossier - zich beschikbaar blijven stellen voor gesprekken met klaagster. Van het (eenzijdig of abrupt) beëindigen van de behandelrelatie door de psychiater na de breuk in de begeleiding door I., is dan ook geen sprake geweest. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is klaagsters klacht daarom ongegrond.

Het “wegwerken” van klaagster door middel van malversaties met het behandelplan 4.9 Op grond van de stukken en het verhandelde ter zitting in hoger beroep acht het Centraal Tuchtcollege het volgende aannemelijk geworden. Op 10 oktober 2007 is met klaagster een (concept)behandelovereenkomst opgesteld dat grotendeels voortborduurde op eerdere behandelplannen. Rondom deze periode is de psychiater (tevens) begonnen met het introduceren van een nieuw behandelplan voor klaagster. Dit was enerzijds ingegeven door nieuwe inzichten binnen de beroepsgroep om van een procesgerichte behandeling (behoud van functioneren) over te stappen naar een meer resultaatgerichte behandeling (resocialisatie) met afspraken over de beëindiging of de eindigheid van de behandeling, en anderzijds door het gegeven dat het oude behandelplan te weinig concrete resultaten opleverde en dat klaagster in toenemende mate een beroep deed op begeleiding en ondersteuning door I.. De gesprekken over de introductie van het nieuwe behandelplan werden door I. met klaagster gevoerd en waren tot op het moment dat I. de begeleiding stopte nog gaande. Met het oog op het vaststellen van een nieuwe behandelovereenkomst heeft klaagster op initiatief van de psychiater op 7 november 2007 een - succesvolle - intake gedaan bij ‘L.’, een therapeutische leef-werkgemeenschap die onderdeel uitmaakt van de H. en waar de psychiater ook behandelaar is. Echter, klaagster stond - en staat nog steeds - niet open voor deelname aan een deeltijdbehandeling bij de ‘L.’, hetgeen voor I. destijds de directe aanleiding is geweest om met de verdere begeleiding van klaagster te stoppen. Klaagster wenst(e) alleen behandeld te worden overeenkomstig de eerdergenoemde (concept)behandelovereenkomst. Voor de psychiater en de H. was dit echter niet langer een optie. Aan klaagster zijn vervolgens diverse - realistische - alternatieve behandelingen, oplossingen en bemiddelingen aangeboden, zowel binnen de H., als daarbuiten. Echter ook hiervoor stond klaagster niet open. Klaagster is steeds blijven vasthouden dat zij alleen behandeld wenst te worden conform de (concept)behandel-overeenkomst van 10 oktober 2007, een opstelling die overigens goed te verklaren is vanuit haar angststoornis (verlatingsangst) en persoonlijkheidsproblematiek. Dat de behandeling van klaagster hierdoor in een impasse is geraakt, is betreurenswaardig, maar kan de psychiater onder voormelde omstandigheden niet tuchtrechtelijk worden verweten. Van malversaties met het behandelplan of van het anderszins ‘wegwerken’ van klaagster, zoals klaagster heeft aangevoerd, is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege in ieder geval geen sprake. Ook dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

*In het incidenteel beroep*

Dossiervoering

4.10 Het Centraal Tuchtcollege heeft kennisgenomen van het door klaagster in hoger beroep overgelegde - omvangrijke - medisch dossier. Mede vanwege de uitvoerige en consequente, feitelijke verslaglegging van de vele behandelcontacten van klaagster over de periode 1992 tot februari 2008, is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat het medisch dossier voldoende inzicht geeft in de relevante gegevens van klaagster, in de aard en juistheid van de gestelde diagnose, de gevoerde diagnostiek en in het uitgezette behandeltraject. Ook biedt het medisch dossier voldoende aanknopingspunten om de kwaliteit en continuïteit van de zorgverlening van klaagster te



waarborgen, alsmede om het handelen van de psychiater en degenen die onder zijn verantwoordelijkheid werkzaam zijn te verantwoorden en te toetsen. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege kan de dossiervoering van de psychiater dan ook de tuchtrechtelijke toets der kritiek doorstaan.

De enkele omstandigheid dat de Klachtencommissie in antroposofisch verband in haar beslissing d.d. 7 oktober 2008 heeft opgemerkt dat de dossiervorming 'ernstige lacunes' vertoont en in dat verband nader beleid heeft aanbevolen, maakt het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet anders, nu het toetsingskader van het Centraal Tuchtcollege volgens de Wet BIG een ander is dan dat waarbinnen genoemde klacht is beoordeeld. Dit laat overigens onverlet dat het Centraal Tuchtcollege van oordeel is dat de dossiervoering wel voor verbetering vatbaar is. De psychiater heeft dit ter terechtzitting ook erkend en heeft hiervoor binnen de H. reeds aandacht gevraagd. Uit de brief d.d. 10 november 2008 van N., voorzitter van de Raad van Bestuur van de H., volgt dat de Raad van Bestuur verscherpt zal toezien op de volledigheid van patiëntendossiers.

4.11 Het vorenstaande heeft tot gevolg dat het principaal beroep van de psychiater (klachtonderdelen 1, 2 en 3) doelt treft. De beslissing van het Regionaal Tuchtcollege zal op deze punten worden vernietigd en de klacht zal op deze onderdelen alsnog ongegrond worden verklaard. Het incidenteel beroep (klachtonderdeel 4) is tevergeefs voorgesteld.

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

## 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

*In het principaal beroep*

verklaart het beroep gegrond;

vernietigt de beslissing waarvan principaal beroep;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart de klacht alsnog ongegrond;

*In het incidenteel beroep:*

verwerpt het beroep;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheids-recht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Medisch Contact en het Tijdschrift De Psychiater, met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter,

mr. G.P.M. van den Dungen en mr. A. Smeeïng-van Hees, leden-juristen en

drs. A.C.L. Allertz en prof.dr. P.P.G. Hodiament, leden-beroepsgenoten en

mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 30 augustus 2012.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.