

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.038

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

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.038 van:

A., psychiater, werkzaam te B., appellant, verweerder in eerste aanleg, gemachtigde mr. Ch. L. van den Puttelaar, advocaat te Rotterdam, tegen

C. en D., beiden wonende te E. verweerders in hoger beroep, klagers in eerste aanleg, gemachtigde: mr. A.C. de Die, advocaat te Amsterdam.

1. Verloop van de procedure

C. en D. - hierna klagers - hebben op 27 augustus 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Groningen tegen A. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 6 december 2011, onder nummer G2010/81 heeft dat College klagers in hun klacht ontvankelijk verklaard, de klacht in alle onderdelen gegrond verklaard en de psychiater de maatregel van berisping opgelegd. De psychiater is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klagers hebben een verweerschrift in hoger beroep ingediend. De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 4 december 2012, waar zijn verschenen klagers, bijgestaan door mr. De Die, en de psychiater, bijgestaan door mr. Van den Puttelaar.

Beide partijen hebben pleitnotities overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

*“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, F., geboren op 8 oktober 1920, is vanaf 2005 onder behandeling geweest van de afdeling geriatrie van GGZ G.. F. was verwezen vanwege woordvindstoornissen. In 2006 heeft de behandelend arts van de afdeling geriatrie geconcludeerd dat F. 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 F. 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 F..*

2.3

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

#### 2.4

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

#### 2.5

Klagers hebben op 30 november 2009 een klacht jegens verweerder ingediend bij de klachtencommissie van GGZ G.. 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 F. 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 F. 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 F. 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 F. 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 F..
- 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 F. ten aanzien van diens euthanasiewens onvoldoende besef gehad van zijn rol.

#### 3.2

Verweerder is tekortgeschoten in de bejegening van F.. F. 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 F. gevoerd, waarbij hij ook de MMSE (Mini-Mental State Examination) heeft afgenomen. F. was door zijn huisarts ingelicht over het doel en het tijdstip van het bezoek van verweerder. F. ging daar op dat moment mee akkoord. Toen verweerder bij het huis van F. aankwam, trof hij hem daar echter niet aan. Verweerder heeft F. uiteindelijk

*in de woonwijk gevonden. Het gesprek verliep moeizaam, enerzijds omdat F. geïrriteerd was doordat iemand van de GGZ hem weer bezocht en anderzijds omdat F. niet in staat was antwoord te geven op de gestelde vragen. De vragen van de MMSE lopen op in moeilijkheidsgraad en omdat F. 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 F. 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 F. 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 F. het gesprek als onaangenaam heeft ervaren. Het gesprek verliep moeizaam, enerzijds omdat F. geïrriteerd was doordat iemand van de GGZ hem weer bezocht en anderzijds omdat F. 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 F. zelf bij leven geen klacht heeft ingediend over het handelen van verweerder. Klagers hebben het College verzocht om F. 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 F. 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 F. klagers machtigt tot het indienen van een klacht bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezond-*

heidszorg. Nu de klacht echter is ingediend na het overlijden van F. en klagers als nabestaanden een zelfstandige bevoegdheid hebben om een klacht in te dienen met betrekking tot het handelen van verweerder, zal het College F. 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 F. 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, F. telefonisch ingelicht over het huisbezoek en F. is hiermee akkoord gegaan. F. 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 F. 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 F. afgenomen. Het gesprek met F. en de MMSE verliepen moeizaam. Verweerder heeft opgemerkt dat dit kwam doordat dat F. 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 F. immers niet thuis aangehouden toen hij bij diens woning was aangekomen, maar heeft hem gevonden in de woonwijk, waarna ze samen naar de woning van F. zijn gelopen. Het is waarschijnlijk dat F. 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 F. 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 F. 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 F. ter zake van zijn euthanasiewens. Om de wilsbekwaamheid ter zake te beoordelen moest verweerder begrippen met betrekking tot euthanasie bij F. aan de orde stellen. Ter zitting heeft verweerder verklaard dat hij tijdens het huisbezoek gevraagd heeft of F. de wens had om dood te gaan. F. heeft hier volgens verweerder op geantwoord dat hij deze wens nog niet had. Verweerder heeft F. vervolgens gevraagd of hij nog plezier had in het leven en deze vraag werd door F. bevestigend beantwoord. In het dossier en in de brief aan de huisarts heeft verweerder vermeld dat er tijdens het onderzoek geen euthanasiewens bij F. bestond. Het doel van het onderzoek van verweerder was echter niet om de euthanasiewens zelf te beoordelen, maar om te beoordelen of F. 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 G.. 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 psychiatisch 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 schieten. 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 F. is verschaft en op welke wijze F. er al dan niet blijk van heeft gegeven de verstrekte informatie te hebben begrepen. Verweerder heeft aangevoerd dat de consultvrager, 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 consultvrager 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 F. onvoldoende geweest en is het waarschijnlijk dat F. 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 F. het gesprek met verweerder als onaangenaam heeft ervaren. Verweerder is door zijn optreden tekortgeschoten in de bejegening van F..*

*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 F. 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 F. 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 F. via GGZ G. gecontinueerd moest worden. Dit blijkt ook uit de schriftelijke reactie van verweerder op de klacht die klagers hebben ingediend bij de klachtencommissie van GGZ G.. 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”.*

#### *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, althans onvoldoende gemotiveerd, is bestreden.

#### *4. Omvang van het hoger beroep*

Voor zover klagers in hoger beroep nieuwe klachten aan de orde hebben gesteld kunnen klagers daarin niet worden ontvangen. Het hoger beroep strekt er immers toe het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege over klachten of onderdelen daarvan ter beoordeling aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen. Nieuwe klachten vallen derhalve buiten het bereik van het hoger beroep.

#### *5. Beoordeling van het hoger beroep*

*5.1 De psychiater is onder aanvoering van diverse beroepsgronden in beroep gekomen van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege waarbij de klacht van klagers op alle onderdelen gegrond is verklaard en aan de psychiater de maatregel van berisping is opgelegd. Het beroep strekt ertoe dat de klacht alsnog ongegrond wordt verklaard en dat aan de psychiater geen maatregel wordt opgelegd.*

5.2 Klagers hebben gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerving van het beroep.

5.3 Het Centraal Tuchtcollege overweegt als volgt.

5.4 In hoger beroep is (opnieuw) de vraag aan de orde of het op 31 maart 2009 door de psychiater verrichte onderzoek naar de wilsbekwaamheid van de (schoon)vader van klagers (hierna: patiënt) ten aanzien van diens euthanasiewens op zorgvuldige wijze is uitgevoerd en of het daarover door de psychiater uitgebrachte advies voldoet aan de daaraan te stellen eisen.

#### *Maatstaf*

5.5 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat het advies van de psychiater gelet op de inhoud en strekking ervan volgens vaste jurisprudentie van het Centraal Tuchtcollege dient te voldoen aan de volgende criteria: *1) het advies zet op een inzichtelijke en consistente wijze uiteen op welke gronden de conclusie van het advies steunt; 2) de in het advies uiteengezette gronden moeten aantoonbaar voldoende steun vinden in de feiten, omstandigheden en bevindingen van het advies; 3) de bedoelde gronden kunnen de daaruit getrokken conclusie rechtvaardigen; 4) het advies beperkt zich tot het deskundigheidsgebied van de hulpverlener; 5) de methode van onderzoek om te komen tot de beantwoording van de voorgelegde vraagstelling kan leiden tot het beoogde doel en de hulpverlener heeft daarbij de grenzen van redelijkheid en billijkheid niet overschreden. Het Centraal Tuchtcollege toetst daarbij ten volle of het onderzoek uit een oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van het advies vindt slechts een marginale toetsing plaats.*

#### *Onderzoek*

5.6 De psychiater is door de behandelend geriater van patiënt mevrouw I. (hierna: I.) verzocht te beoordelen of patiënt met betrekking tot zijn euthanasiewens wilsbekwaam is en/of er sprake is van een depressie. Uit de afsprakenlijst GGZ G. van 31 maart 2009 volgt dat patiënt voorafgaand aan het onderzoek door de huisarts op de hoogte is gesteld van het aankomende huisbezoek van de psychiater voor het doen van onderzoek en dat patiënt daarmee akkoord was. Ook klagers als contactpersonen van patiënt zijn - zo hebben zij ter zitting erkend - (door de huisarts) van dit huisbezoek op de hoogte gesteld. De psychiater heeft voorafgaand aan zijn huisbezoek overleg gevoerd over patiënt met I. en de sociaal-psychiatisch verpleegkundige J.. De psychiater heeft verder het medisch dossier, daaronder begrepen de twee neuropsychologische onderzoeken (NPO's) betreffende patiënt d.d. 15 maart 2006 (uitgevoerd door I.) respectievelijk 31 maart 2008 (uitgevoerd door mevrouw K.) bestudeerd. Het Centraal Tuchtcollege acht aannemelijk, gelet op hetgeen de psychiater daarover ter zitting in hoger beroep heeft verklaard, dat de omstandigheden waaronder het gesprek met patiënt op 31 maart 2009 heeft plaatsgevonden geen negatief effect hebben gehad op het onderzoek van patiënt. Weliswaar was patiënt aanvankelijk (enigszins) ontstemd over het feit dat hij op straat 'door iemand van GGZ' was benaderd voor een onderzoek, maar de psychiater heeft ter zitting in hoger beroep verklaard dat hij pas tot zijn onderzoek van patiënt is overgegaan, nadat hij zich ervan had verzekerd dat bij patiënt de herinnering aan het afgesproken huisbezoek was teruggekeerd en ook diens aanvankelijke ergernis was weggeëbd. Het Centraal Tuchtcollege heeft geen reden om aan die verklaring te twijfelen. De vervolgens door de psychiater afgenomen onderzoeken, waaronder de MMSE-test, zijn uitgevoerd conform de professionele normen zoals neergelegd in de Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie 2005 (Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie). Voorts is niet gebleken dat



het gesprek met patiënt van onprofessioneel korte duur is geweest of dat de psychiater in zijn gesprek met patiënt in de bejegening is tekortgeschoten. De psychiater kan gevolgd worden in zijn standpunt dat hij patiënt heeft uitgevraagd naar eventuele depressieve kenmerken en zijn euthanasiewens, nu hem door I. is verzocht de geestvermogens van patiënt te onderzoeken met het oog op het uitsluiten van depressie bij patiënt en de beoordeling van de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van diens euthanasiewens. De psychiater kan niet worden verweten dat patiënt zich later in het gesprek, kennelijk vanwege het moeilijk kunnen beantwoorden van aan hem gestelde - in moeilijkheidsgraad oplopende - vragen in het kader van de MMSE-test, gefrustreerd heeft gevoeld en daardoor geërgerd is geraakt. Dat klagers niet bij het gesprek aanwezig zijn geweest, maakt het onderzoek niet noodzakelijkerwijs onzorgvuldig. Aanknopingspunten dat de psychiater bij zijn onderzoek van patiënt vooringenomen is geweest zijn niet aannemelijk geworden. Evenmin is gebleken dat de psychiater bij zijn advisering buiten de grenzen van zijn deskundigheid is getreden. Het Centraal Tuchtcollege is dan ook van oordeel dat het op 31 maart 2009 bij patiënt uitgevoerde onderzoek de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan en dat de psychiater in redelijkheid tot zijn conclusie van dementie en wilsonbekwaamheid heeft kunnen komen.

#### *Verslaglegging*

5.7 Verweerders verslaglegging in het EPD acht het Centraal Tuchtcollege summier en deze had beter gekund, hetgeen de psychiater ter zitting in hoger beroep ook heeft erkend. De psychiater heeft zijn medisch advies uitgebracht als 'niet bij de behandeling van patiënt betrokken hulpverlener' op verzoek van I. in het kader van een second opinion ter onderbouwing van een uiteindelijk door I. als verantwoordelijk hulpverlener te nemen beslissing en aan de huisarts uit te brengen rapportage over de wilsbekwaamheid van patiënt ten aanzien van diens euthanasiewens. Bezien in deze context en gegeven het feit dat de verslaglegging van de psychiater zijn weerklank vindt in de twee eerdergenoemde reeds in het medisch dossier aanwezige NPO's van patiënt uit 2006 en 2008, kan de summiere verslaglegging van zijn onderzoek, bevindingen en conclusies in het EPD de toets der tuchtrechtelijk kritiek doorstaan.

5.8 Naast verslaglegging in het EPD heeft de psychiater in een brief d.d. 31 maart 2009 getiteld 'voortgangsrapportage' ook de huisarts geïnformeerd over de uitkomst van zijn (deel)onderzoek. Ter zitting in hoger beroep is door de psychiater toegelicht dat hij deze brief aan de huisarts op verzoek van I. heeft geschreven teneinde de huisarts - in afwachting van de door I. (nog) aan de huisarts uit te brengen uiteindelijke rapportage over de wils(on)bekwaamheid van patiënt - alvast rechtstreeks te informeren over de uitkomst van zijn deel van het onderzoek. Het Centraal Tuchtcollege acht, evenals de psychiater bij nader inzien, het op deze wijze informeren van de huisarts van patiënt ongelukkig, omdat aldus bij klagers de onjuiste indruk is gewekt dat zijn brief de definitieve rapportage over geestvermogens van patiënt betrof, hetgeen - zoals hierna wordt overwogen - aanleiding heeft gegeven tot misverstanden. Dit terwijl de brief aan de huisarts slechts informatief was bedoeld en is geschreven om I. ter wille te zijn. Van tuchtrechtelijk verwijtbaar tekortschieten is echter naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege geen sprake geweest.

#### *Bejegening klagers*

5.9 Op 27 april 2009 heeft op verzoek van klagers tussen de psychiater en klagers in bijzijn van I. een toelichtend gesprek plaatsgevonden. Aanleiding was (de inhoud van) de brief van de psychiater aan de huisarts van 31 maart 2009. Aannemelijk is geworden dat klagers er op basis van de brief van 31 maart 2009 vanuit zijn gegaan dat de psychiater dé rapporteur was en dat zijn brief de definitieve rapportage over de geestvermogens van patiënt betrof. Deze onjuiste veronderstelling is er kennelijk mede

debet aan geweest dat het gesprek op 27 april 2009 werd overschaduwd door wederzijds onbegrip. Een en ander heeft de communicatie tussen partijen zodanig negatief beïnvloed dat deze - ondanks pogingen daartoe - niet meer van de grond is gekomen. Het Centraal Tuchtcollege sluit niet uit dat hierbij ook een rol heeft gespeeld dat klagers zich niet konden vinden in de uitkomst van het onderzoek van de psychiater. Onder deze omstandigheden acht het Centraal Tuchtcollege een tuchtrechtelijk verwijt aan de psychiater ter zake van onprofessionele bejegening onvoldoende onderbouwd. Voorts is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken dat de psychiater klagers wens om een second opinion heeft geweigerd of heeft tegengewerkt.

5.10 Op grond van het voorgaande oordeelt het Centraal Tuchtcollege anders dan het Regionaal Tuchtcollege dat het door de psychiater verrichte onderzoek en het door hem uitgebrachte advies voldoen aan de hiervoor onder 5.5 vermelde eisen. Voorts is het Centraal Tuchtcollege niet gebleken dat de psychiater op basis van het door hem uitgevoerde onderzoek niet tot zijn conclusies en advies heeft *kunnen komen*. Ook *overigens zijn er onvoldoende aanknopingspunten gevonden op grond waarvan de psychiater een tuchtrechtelijk verwijt valt te maken*.

5.11 De slotsom is dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege, voor zover daarbij de klacht gegrond is verklaard, wordt vernietigd, en dat de klacht alsnog ongegrond wordt verklaard. Dit betekent dat de door het Regionaal Tuchtcollege aan de psychiater opgelegde maatregel van berisping komt te vervallen.

5.12 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege de publicatie van deze uitspraak.

## 6. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep voor zover de klacht gegrond is verklaard; en opnieuw rechtdoende:

verklaart de klacht alsnog ongegrond;

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

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter; mr. W.P.C.M. Bruinsma en mr. L.F. Gerretsen-Visser, leden juristen en drs. M. Drost en drs. A.C.L. Allertz, leden beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 7 februari 2013.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.