

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 192/2013

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 1 augustus 2014 naar aanleiding van de op 8 juli 2013 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

bijgestaan door mr. R. Oude Breuil, advocaat te Almelo,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, psychiater, werkzaam te B,

bijgestaan door mr. F. Lijffijt, advocaat te Zwolle,

verweerder

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;**
- het verweerschrift met de bijlagen;**
- de repliek;**
- de dupliek;**
- de brief namens verweerder van 22 januari 2014 met de bijlagen.**

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 3 juni 2014, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder, bijgestaan door hun gemachtigden.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken, waaronder het dossier van klaagster, en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

Klaagster, geboren in 1965, was sinds 2005 klinisch en poliklinisch in behandeling bij het team persoonlijkheidsproblematiek van D in B. Verweerder was sinds 2006 behandelend psychiater van klaagster. Daarnaast was verweerder geneesheer directeur bij D.

De persoonlijkheidsproblematiek van klaagster werd gediagnosticeerd als zijnde een borderline persoonlijkheidsstoornis met forse impulsiviteit en klaagster had een voorgeschiedenis met meerdere ernstige suïcidepogingen (TS) en forse automutilatie. Naast persoonlijkheidsproblematiek was er bij klaagster sprake van een depressieve stoornis die in ernst wisselde en zich uitte in somberheid, verminderde interesse en geen toekomstperspectief kunnen zien. Verder had klaagster problemen binnen de primaire steungroep. Het risico op een ernstige TS werd in juli 2012 hoog ingeschat.

De poliklinische behandeling binnen D bestond uit steunende en structurerende therapie middels een wekelijks contact met een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, de verpleegkundigen E of F. Verder had klaagster maandelijks contact met verweerder voor onder meer de farmacotherapie. Klaagster gebruikte onder andere sedativa en antipsychotica. Bij een dreigende crisis had klaagster de mogelijkheid van een telefonisch contact (telefoon op recept, TOR), gebruik van een stoel voor gebruik van maximaal één dagdeel (stoel op recept, SOR), de mogelijkheid gebruik te maken van een bed voor verblijf van maximaal 24 uur (bed op recept, BOR) en de mogelijkheid gebruik te maken van een maaltijd op recept (MOR). Op 7 juni 2010 is deze behandeling getoetst door de begeleidingscommissie en is geadviseerd om de behandeling te handhaven.

Na het overlijden van de moeder van klaagster begin 2012 is klaagster vanwege de opgelopen spanning en de suïcidale gedachten een week opgenomen geweest bij D, een zogenaamde time-out opname.

Klaagster gaf aan dat zij steeds meer last had van de bijwerkingen van de medicatie en met name van de medicatie waardoor haar emoties werden afgevlakt. In overleg met verweerder is in april 2012 begonnen met de afbouw van de sedatieve en antipsychotische medicatie en is afgesproken

om de afbouw van de medicatie te laten plaatsvinden op de open locatie van D te B. In dat verband is klaagster van 2 juli 2012 tot en met 23 augustus 2012 opgenomen geweest op locatie G van D te B.

Klaagster is tijdens die opname ook begeleid ten aanzien van dagstructuur (klaagster is aangemeld voor dagbesteding op een zorgboerderij) en financiën. De poliklinische behandeling is na haar ontslag voortgezet.

Op 30 augustus 2012 noteerde de verpleegkundige E dat de suïcidale gedachten thuis de overhand kregen. *“Zij heeft hier nog wel controle op maar wil toch graag dat ik haar voorraad tabletten meeneem. Zij vertrouwd zichzelf hier niet mee. (...) Ik heb de medicatie meegenomen en ingeleverd bij de apotheek.”*

Op 31 augustus en op 2 september 2012 heeft klaagster gebruik gemaakt van SOR en MOR.

Klaagster heeft op 3 september 2012 contact opgenomen met de verpleegkundige E. Zij noteerde in het dossier; *“Het gaat niet goed met (klaagster); erg veel last van stemmen. gedachten aan suicide kan zichzelf wel onder controle houden. lijkt ook angst mee te spelen voor starten zorgboerderij. Bij contact opnemen zorgboerderij blijkt er een misverstand te zijn over de startdatum. Eerst moet er blijkbaar een officiële intake plaatsvinden en die heeft nog niet plaatsgevonden. Volgende week zou (klaagster) dan kunnen starten.”*

E heeft klaagster geadviseerd zich niet op te sluiten en onder de mensen te blijven. Klaagster heeft dat op 3 september 2012 nog gedaan maar op 4 september 2012 is klaagster in bed gaan liggen.

Op 4 september 2012 werd verweerder gebeld door de verpleegkundige F. Zij vertelde hem dat ze bij klaagster thuis was en dat klaagster dreigde haar met een groot slagermes te doden en daarna zichzelf. Verweerder vroeg klaagster telefonisch te spreken maar dat wilde klaagster niet. Verweerder heeft vervolgens 112 gebeld. De politie is het huis binnengetrepen door een raam in te slaan. De politie kon klaagster afleiden waarna een tafel is geschoven tussen klaagster en de verpleegkundige F zodat klaagster overmeesterd kon worden. De politie heeft klaagster vervolgens meegenomen naar het arrestantencomplex. De verpleegkundige F heeft bij de politie aangifte gedaan.

Verweerder heeft de medicatielijst van klaagster door laten geven aan de GGD-arts H. Verder heeft verweerder de GGD-arts geïnformeerd over het beleid van D met betrekking tot klaagster.

Een psychiater van I heeft, op verzoek van verweerder, buiten kantoortijd de toestand van klaagster beoordeeld in het kader van een eventuele IBS. Deze zag *“een patiënte die aanspreekbaar en helder in contact is. Geeft aan een wegraking te hebben gehad en niet te weten wat zij heeft gedaan. (...) Patiënt wil wel opgenomen worden, vrijwillig dus voor nu geen IBS criteria. Suïcidaliteit komt erg manipulatief over, patiënte geeft aan niet voor zichzelf in te staan.”*

SPV/voorwacht J van D heeft vervolgens de situatie kortgesloten met psychiater/achterwacht K. J noteerde: *“Zij is van mening dat patiënte dan toch vrijwillig opgenomen moet worden binnen D ivm suïcidaliteit.”*

De dienstdoende psychiater van D te B heeft vervolgens overleg gehad met de dienstdoende psychiater van D te L om te overleggen of vrijwillige opname aldaar mogelijk was. Omdat een vrijwillige opname naar het oordeel van de dienstdoende psychiater van D te L slechts een schijnveiligheid zou bieden is daartoe niet besloten en is besloten klaagster niet op te nemen. Klaagster is door de politie heengezonden.

Op 5 september 2012 heeft klaagster contact gezocht met de verpleegkundige E. Deze heeft voor klaagster een telefonische afspraak ingepland bij verweerder later op die dag.

Verder heeft die dag overleg plaatsgevonden waarbij verweerder aanwezig was als geneesheer-directeur en als beleid is afgesproken:

“ - *Patiënte is voorzien van voldoende medicatie*

- *Geen behandeling door verpleegkundige*
- *Ze krijgt een terreinverbod voor D*
- *Op dit moment geen opname-indicatie, geen SOR en geen eten op G, wel beperkte TOR*
- *Heeft a.s. vrijdag een belafpraak met (verweerder)*
- *Beoordelvraag niet zonder veiligheid van de politie. Als politie niet wil dan geen beoordeling*

- *Op dit moment is er geen vrije zorgvuldige blik op haar*
- *BVK geen IBS bij deze chronisch suïcidale vrouw*

Het terrein verbod was voor de duur van twee maanden.

Verweerder had diezelfde dag contact met klaagster tijdens zijn telefonisch spreekuur. Hij noteerde: “(..) Met Pte besproken dat gezien alle ontwikkelingen het niet goed is als ze opgenomen wordt omdat de emoties bij de verpleging hoog zijn waardoor zij niet de zorg krijgt die misschien wel nodig is. Er is niet voldoende emotionele afstand om nu zorg te bieden. Komen op de polikliniek is geen optie vanwege emoties bij collega’s die dit teweeg zal brengen. Vanuit veiligheidsoverwegingen is het niet mogelijk om huisbezoek te doen of klinisch verblijf of SOR aan te bieden. Op dit moment is in afwachting van de juridische afhandeling het alleen maar mogelijk telefonisch contact te hebben waarbij het moeilijk zal zijn vanuit de verontwaardiging ook nog zorg, steun en advies te bieden.(...)”

Verweerder heeft de medicatie voor klaagster ongewijzigd gelaten en de medicatieverstrekking via het baxtersysteem laten continueren. Verweerder heeft met klaagster een afspraak gemaakt voor een telefonisch vervolcontact over twee dagen en gecheckt of zij voldoende medicatie had, hetgeen het geval was.

Verweerder heeft de farmacotherapeutische behandeling van klaagster overgedragen aan de huisarts van klaagster. De medicatieverstrekking verliep via de apotheek. De huisarts van klaagster heeft op 7 september 2012 met verweerder overlegd over de medicatie van klaagster. Verweerder heeft de huisarts geadviseerd klaagster sedatieve medicatie te verstrekken voor de nacht.

Op 7 september 2012 heeft verweerder weer telefonisch contact gehad met klaagster en haar verteld dat de zorg zou worden overgedragen aan M. Verweerder heeft hierna geen contact meer gehad met klaagster.

Op 11 september 2012 is klaagster aangemeld bij M met het verzoek tot zeer spoedige overname van de casus. Bij brief van 17 september 2012 heeft M D geïnformeerd dat klaagster op 10 oktober 2012 was uitgenodigd voor een intakegesprek.

D bleef tot die tijd verantwoordelijk voor de crisisdienst. Vanaf 22 december 2012 is de zorgverlening bij M gestart.

In het kader van de strafzaak heeft de psychiater N klaagster onderzocht en een Pro Justitia rapport uitgebracht. Zijn conclusie was dat klaagster ten tijde van het plegen van het delict sterk verminderd toerekeningsvatbaar was vanwege de stem in haar hoofd waarvan zij wel wist dat die uit haar hoofd kwam en niet echt een man was die haar beval zichzelf en een ander dood te maken, maar waaraan klaagster geen weerstand kon bieden. Hij acht van belang dat de antipsychotische medicatie was afgebouwd waardoor de stem zich meer aan haar kon opdringen dan wanneer klaagster die medicatie wel had gehad.

Op 8 februari 2013 is de strafzaak van klaagster behandeld bij de Rechtbank O te B. Omdat het Openbaar Ministerie per brief aan de advocaat van klaagster had laten weten dat de zaak geseponneerd was heeft de politierechter het OM niet-ontvankelijk verklaard.

De uitspraak leidde tot collectieve verontwaardiging bij het hulpverleningsteam van D en verweerder achtte daardoor een verstoring van het behandelklimaat binnen D mogelijk.

Verweerder heeft daarop klaagster bij brief van 12 februari 2013 voor de tweede keer een terreinverbod opgelegd, nu voor de duur van 1 jaar.

Op 26 maart 2013 heeft verweerder een gesprek gehad met klaagster en haar gemachtigde. Na dit gesprek heeft verweerder bij brief van 27 maart 2013 het terreinverbod ingetrokken en enkele afspraken gemaakt over de toegang van klaagster tot gebouwen en terrein van D te B.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat:

1. hij op 4 september 2012 ten onrechte met onmiddellijke ingang alle geestelijke hulp heeft gestaakt en
2. dat hij ten onrechte op 12 februari 2013 klaagster een gebouw- en terreinverbod heeft opgelegd.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hem geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt nu hij aan klaagster de zorg heeft verleend die van een redelijk handelend en redelijk bekwaam psychiater en directeur zorg mag worden verwacht.

De klacht die ziet op het terreinverbod dient naar het oordeel van verweerder primair niet-ontvankelijk te worden verklaard omdat de klacht niet valt onder de tweede tuchtnorm nu het terreinverbod losstaat van enige individuele gezondheidszorg jegens klaagster. Subsidiar mist die klacht feitelijke grondslag en dient deze als (kennelijk) ongegrond te worden afgewezen.

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

Gelet op de formulering van de klacht is in deze casus slechts een tweetal aspecten aan het college ter beoordeling voorgelegd. Ten eerste betreft dat de vraag of verweerder bij de beëindiging van de behandelingsovereenkomst met klaagster de nodige zorgvuldigheidseisen in acht heeft genomen. Het opzeggen van de behandelingsovereenkomst zelf maakt geen onderdeel uit van de klacht. Het college geeft daar dan ook geen oordeel over. Ten tweede betreft de klacht het terreinverbod dat verweerder op 12 februari 2013 aan klaagster heeft opgelegd.

5.3

Betreffende de zorgvuldigheid van verweerders handelen in het licht van de opzegging van de behandelingsovereenkomst overweegt het college het volgende.

In artikel 460 van de WGBO is bepaald dat de hulpverlener, behoudens gewichtige redenen de behandelingsovereenkomst niet kan opzeggen. De KNMG-richtlijn *“niet aangaan of beëindigen van een behandelingsovereenkomst”* uit 2005 geeft verder invulling aan het begrip gewichtige redenen en geeft aan dat bij die opzegging de nodige zorgvuldigheidseisen in acht dienen te worden genomen. Die zorgvuldigheidseisen zien, gegeven de opzegging, met name op het waarborgen van de continuïteit van de zorgverlening.

5.4

Bij klaagster is sprake van ernstige psychiatrische problematiek. Zij is bekend met diverse ernstige suïcidepogingen en opnames in een psychiatrisch ziekenhuis. Ten tijde van het incident van 4 september 2012, dat heeft geleid tot het opzeggen van de behandelingsovereenkomst, had klaagster een bewogen periode achter de rug. Begin 2012 was haar moeder overleden. Dit overlijden had een dermate impact gehad op klaagster dat zij voor een time-out een week opgenomen was

geweest. Op 23 augustus 2012 was klaagster ontslagen uit de kliniek nadat haar medicatie was afgebouwd. Niet duidelijk is geworden of rond dat ontslag een psychiatrische beoordeling van klaagster heeft plaatsgevonden. Uit het dossier is wel duidelijk geworden dat het na het ontslag met klaagster nog niet zo goed ging. Zij meldde continu de aanwezigheid van suicidale gedachten waar zij in toenemende mate hinder van had. Verder was klaagster angstig vanwege het starten van de dagbesteding op de zorgboerderij en er was sprake van een misverstand over het starten van die dagbesteding.

5.5

Op 4 september 2012 heeft het bedreigingsincident in de woning van klaagster plaatsgevonden. Verweerder heeft tijdens dit incident verpleegkundige F aan de telefoon gehad, waarbij hij wat van het gesprek tussen F en klaagster heeft meegekregen. Verweerder heeft klaagster op 4 september 2012 niet zelf gesproken. Na het incident is klaagster meegenomen door de politie en ingesloten. Verweerder heeft de medicatielijst van patiënte door laten geven aan de GGD. Daar heeft een psychiater van I beoordeeld of klaagster gedwongen moest worden opgenomen. Omdat klaagster vrijwillig opgenomen wilde worden bestond er naar diens oordeel geen indicatie voor een gedwongen opname (IBS). Daarna is nog discussie geweest over een vrijwillige opname maar daartoe is na overleg niet besloten en is klaagster heengezonden. Verweerder was bij deze besluitvorming niet betrokken.

5.6

De volgende dag heeft verweerder vernomen dat klaagster weer thuis was.

Verweerder heeft ter zitting verklaard dat hij van oordeel was dat klaagster justitieel opgenomen had moeten worden. Wat daar ook van zij, dat was niet gebeurd en nu de behandeling niet door een andere instantie was overgenomen, was D te B, en in het bijzonder verweerder, er verantwoordelijk voor dat bij het opzeggen van de behandelingsovereenkomst de noodzakelijke zorgvuldigheid in acht genomen zou worden. In dit licht zal het college de door verweerder genomen stappen beoordelen.

5.7

Verweerder heeft contact opgenomen met de huisarts van klaagster. Klaagster had haar huisarts toen al bezocht. Verweerder heeft met de huisarts de medicatie van klaagster besproken, afgesproken dat het medicatiebeleid door de huisarts tijdelijk zou worden overgenomen en hem gezegd dat hij bij problemen kon bellen met verweerder.

Verder heeft verweerder op 5 september 2012 telefonisch met klaagster gesproken. Hij heeft haar verteld dat de zorg voor haar, zoals hierboven beschreven, zou worden beperkt. In feite bestond deze zorg alleen nog maar uit telefonisch contact en daarbij is aan klaagster aangegeven dat zelfs dat telefonisch contact vanuit de verontwaardiging van de hulpverleners moeilijk zou zijn.

Verder is de behandeling van klaagster overgedragen aan M. Bij brief van 17 september 2012 heeft M D geïnformeerd dat klaagster op 10 oktober 2012 voor een intakegesprek zou komen. Wel bleef D nog verantwoordelijk voor de zorg geleverd door de eigen crisisdienst.

5.8

Het college is van oordeel dat verweerder als behandelend psychiater met de hierboven aangeduide handelingen en vervolgstappen met betrekking tot de zorg aan klaagster niet voldoende zorg heeft gedragen voor de continuïteit van de zorgverlening aan klaagster.

Na het incident van 4 september 2012 is, op het moment dat klaagster was ingesloten op het politiebureau, gesproken over het wel of niet (gedwongen) opnemen van klaagster. Nadat hiertoe niet is overgegaan, heeft ten onrechte geen nadere en grondige psychiatrische beoordeling van klaagster plaatsgevonden. Het korte telefonisch contact dat verweerder tijdens het incident had met F, waarbij hij aan de hand van het gesprek dat hij hoorde dat zij had met klaagster een inschatting maakte over de realiteitszin van klaagster, kan niet als zodanig gelden. Het college is van oordeel dat verweerder het als professional had moeten opbrengen om klaagster vis a vis psychiatrisch te onderzoeken en te beoordelen, het liefst daags na het incident maar in ieder geval zo snel als

mogelijk nadat duidelijk was geworden dat klaagster niet meer in het juridisch circuit verbleef, om zich een adequaat oordeel te vormen over het verdere beleid. Het college neemt daartoe in aanmerking dat verweerder klaagster al zeven jaar in behandeling had, waarbij klaagster vanuit haar chronische suïcidaliteit diverse ernstige suicidepogingen had ondernomen. Voorts heeft klaagster zich nooit eerder agressief gedragen (zoals verweerder ter zitting verklaarde) en was volgens verweerder, de agressie – toch – onderdeel van klaagsters stoornis. Daarbij had klaagster al aangegeven dat ze zich niet kon herinneren hoe dit had kunnen gebeuren en dat zij dit nooit had gewild. Voorts vertelde verweerder dat klaagster naar zijn mening voor het eerst stemmen hoorde, een nieuw symptoom op dat moment. Een en ander in onderlinge samenhang beschouwd maakt dat een integraal psychiatrisch consult had dienen plaats te vinden waar verweerder ten onrechte meende dat het -indirecte, namelijk via F- telefoongesprek volstond ter beoordeling van de toestand van klaagster. Bovendien had verweerder veiligheidsmaatregelen kunnen treffen bij dat te verrichten consult.

Verder is, zonder dat psychiatrisch onderzoek had plaatsgevonden, de psychiatrische zorg voor klaagster in overleg met verweerder bijna helemaal afgebouwd. Klaagster was dan wel voor verdere zorg aangemeld bij M maar verweerder kon weten dat psychiatrische instellingen wachttijden hebben en dat werd hem bij brief van

17 september 2012 van M bevestigd. De afspraak voor de intake was pas gepland op

10 oktober 2012. Evenmin heeft verweerder kunnen aangeven dat er concrete afspraken waren gemaakt met M over de continuïteit van de zorgverlening aan klaagster in de overgangperiode.

De wekelijkse contacten met de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen waren gestopt. Verweerder heeft aangevoerd dat er nog wel ondersteunende psychiatrische hulp was voor klaagster vanuit de RIBW en de thuiszorg. Deze hulp is echter van een zodanig andere aard dan hulp van een sociaal psychiatrische verpleegkundige dat die niet als adequate vervanging kan worden aangemerkt. Datzelfde heeft te gelden voor de zorg door de huisarts. Een huisarts is nu eenmaal geen psychiater, zelfs niet als deze -zoals verweerder ter zitting nog aanvoerde- ervaring heeft met werken in een psychiatrische kliniek.

Daaraan doet niet af dat nog wel een beroep kon worden gedaan op de crisisdienst. De crisisdienst behoort pas in beeld te komen als reguliere zorg onvoldoende soelaas biedt.

Dit betekent dat het eerste klachtonderdeel gegrond is.

5.9

Met betrekking tot het terreinverbod van 12 februari 2013 overweegt het college het volgende.

Verweerder heeft het terreinverbod aan klagster opgelegd, zo verklaarde hij ter zitting, in het belang van de zorgverlening aan andere patiënten. Klagster heeft desgevraagd ter zitting aangegeven dat zij het terreinverbod verschrikkelijk vond maar zij heeft niet aangegeven dat het terreinverbod haar gezondheid heeft geschaad of dat zij anderszins persoonlijk was getroffen door het terreinverbod.

Een tuchtklacht kan ingevolge artikel 4 van het Tuchtrechtbesluit BIG worden ingediend door een rechtstreeks belanghebbende. Nu klagster door het terreinverbod niet in haar gezondheid is geschaad en ook overigens niet gebleken is dat klagster door het terreinverbod persoonlijk is getroffen dient klagster als niet rechtstreeks belanghebbende ten aanzien van dit klachtonderdeel te worden aangemerkt. Het verschrikkelijk vinden van het terreinverbod is daartoe onvoldoende, temeer daar klagster inmiddels elders onder behandeling was. Klagster dient dan ook ten aanzien van dit klachtonderdeel niet ontvankelijk te worden verklaard.

5.10

De conclusie is dat verweerder in de hierboven weergegeven zin tekortgeschoten is in de zorg voor de continuïteit van de zorgverlening aan klagster bij het beëindigen van de behandelingsovereenkomst en dat het eerste klachtonderdeel derhalve gegrond is. Met betrekking tot het tweede klachtonderdeel is klagster niet-ontvankelijk.

5.11

Bij het bepalen van de aan verweerder op te leggen maatregel heeft het college het volgende overwogen.

Hulpverleners moeten vaak onder moeilijke omstandigheden hun werk doen. Daarbij is geweld tegen hulpverleners een actuele, en het lijkt groeiende, zorg, waarbij het geweld zoals in deze casus naar voren is gekomen a-specifiek is te noemen omdat dit met name in het licht van een psychiatrische ziekte gezien moet worden en in die zin dus ook van een andere orde is.

Verder is er sprake geweest van een ongelukkige samenloop van omstandigheden doordat klaagster, anders dan verweerder verwachtte niet forensisch werd opgenomen noch in voorlopige hechtenis is geplaatst en bij dit besluit is verweerder niet betrokken geweest.

Ten slotte is gebleken dat verweerder zeker oog heeft gehad voor de continuïteit van de zorgverlening en heeft hij ter zitting verklaard dat hij, achteraf beschouwd bij de juistheid van de beslissingen die hij heeft genomen kanttekeningen heeft geplaatst, waarbij hij zich thans bewuster lijkt van de dualiteit van zijn positie als behandelend psychiater en geneesheer directeur. Dat siert hem. Het college is dan ook van oordeel dat de maatregel van waarschuwing passend is. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing op na te melden wijze worden bekendgemaakt.

6. DE BESLISSING

Het college:

1. waarschuwt verweerder.
2. verklaart klaagster niet ontvankelijk met betrekking tot het tweede klachtonderdeel.
3. bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Medisch Contact', 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht', 'Gezondheidszorg Jurisprudentie' en 'Jurisprudentie verplichte ggz'.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. F. van der Maden, voorzitter, mr. W.J.B. Cornelissen, lid-jurist, prof. dr. R.J. Verkes, dr. M.H. Braakman en G.W.A. Diehl, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 1 augustus 2014 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

Tegen deze beslissing kan binnen zes weken na de dag van verzending van het afschrift ervan schriftelijk hoger beroep worden ingesteld bij het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg door:

- a. de klager en/of klaagster, voor zover de klacht is afgewezen, of voor zover hij/zij niet-ontvankelijk is verklaard;
- b. degene over wie is geklaagd;
- c. de hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid, wie de gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

Het tot het Centrale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg gerichte beroepschrift wordt ingezonden bij de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.

