

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.472

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.472 van:

A., klinisch geriater, (destijds) werkzaam te B.,  
appellant in het principaal beroep, verweerder in het incidenteel beroep, verweerder in  
eerste aanleg,

gemachtigde: mr. dr. L.A.P. Arends, advocaat te Nijmegen,  
tegen

C., wonende te D., verweerder in het principaal beroep,  
appellant in het incidenteel beroep, klager in eerste aanleg,  
gemachtigde: mr. S. Philippi, advocaat te Venlo.

#### 1. Verloop van de procedure

C. - hierna klager - heeft op 4 juni 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen  
A. - hierna de geriater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 4 november 2016, onder  
nummer 124/2015, heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en voor  
het gegrond verklaarde deel aan de geriater de maatregel van waarschuwing opgelegd.  
De geriater is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift  
in beroep ingediend en heeft daarin incidenteel beroep ingesteld. De geriater heeft  
hierop gereageerd met een verweerschrift in het incidenteel beroep.

De geriater heeft een door de heer prof. dr. E. opgesteld deskundigenrapport overgelegd.  
De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcol-  
lege van 18 januari 2018, waar zijn verschenen klager, vergezeld van zijn broer en bij-  
gestaan door mr. Philippi voornoemd, en de geriater, bijgestaan door mr. Arends  
voornoemd.

Partijen hebben hun standpunten ter terechtzitting nader toegelicht. Mr. Arends heeft  
dat onder andere gedaan aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcol-  
lege zijn overgelegd.

#### 2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.  
Hierbij is de geriater aangeduid als verweerder.

##### *"2. DE FEITEN*

*Op grond van de stukken (waaronder het als bijlage bij het verweerschrift overgelegde  
medisch en verpleegkundig dossier) en het verhandelde ter zitting dient, voor zover  
van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.  
De klacht betreft de behandeling van de moeder van klager, mevrouw  
C., geboren in 1938, verder ook patiënte te noemen.*

*Bij patiënte was in 2012 een (beginnende) alzheimerdementie vastgesteld. Patiënte  
verbleef nog thuis. Zij was alleenstaand, haar man was reeds lang overleden. Patiënte  
heeft twee zoons. Vanaf april 2013 was patiënte onder ambulante behandeling bij*

*F., die als psychiater is verbonden aan de kliniek voor geestelijke gezondheidszorg G. te B., verder het G. te noemen.*

*Verweerder is sinds 2010 als klinisch geriater en klinisch farmacoloog verbonden aan het G. en voor 2,5 dagen in de week hoofd(behandelaar) van de afdeling ouderen 2. Deze afdeling was (de afdeling is inmiddels opgeheven) één van de drie locaties in Nederland, gespecialiseerd in de zorg voor ouderen met dementie en ernstige gedragsproblemen. Ouderen 2 was ook een opleidingsafdeling. Artsen in opleiding tot geriater (aios geriatrie) in de laatste fase van hun opleiding verleenden met grote mate van zelfstandigheid de dagelijkse medische zorg, datzelfde gold voor artsen in opleiding tot psychiater (aios psychiatrie), met een mindere mate van zelfstandigheid, en voor een verpleegkundig specialist in opleiding, maar dan zonder zelfstandige bevoegdheden op medisch vlak, allen onder supervisie van verweerder als hoofdbehandelaar. Hij was van geen van allen de opleider, maar was wel hun stagebegeleider en informant van de opleiders. Voor de dagen waarop verweerder niet op de afdeling werkte, waren er psychiaters en een andere geriater werkzaam terwijl verweerder altijd telefonisch bereikbaar was. Op maandag liep verweerder grote visite met de aiossen/verpleegkundig specialist in opleiding, op woensdag nam hij deel aan het Multidisciplinair Overleg (MDO) waarin onder meer de behandelplannen werden afgesproken en op donderdag was er de evaluatie met de opleiders.*

*Op 10 februari 2014 's ochtends heeft een zoon patiënte naast het bed gevonden. Patiënte is via de crisisdienst opgenomen in het H. ziekenhuis in D. ter uitsluiting van een onderliggende somatische oorzaak als reden voor haar toenemende verwardheid in de laatste periode. De thuissituatie was onhoudbaar en ze kwam in aanmerking voor een IBS. Ongeveer 14 dagen daarvoor was de huisarts in de thuissituatie vanwege toenemende verwardheid gestart met Haldol. Vanwege de extrapiramidale bijwerkingen werd dit tijdens de opname in het H. ziekenhuis vervangen door Seroquel 12,5 mg zo nodig. De laatste maanden had patiënte de controleconsulten op de polikliniek geriatrie niet bezocht.*

*Op donderdagavond 13 februari 2014 is patiënte op uitdrukkelijke wens van klager en zijn broer overgeplaatst van het H. ziekenhuis naar het G. en opgenomen op de afdeling ouderen 2 (de afdeling van verweerder). De reden van opname was onrust en verwardheid en het vermoeden dat patiënte een delier had. In het H. was vastgesteld dat patiënte een infectie had, de oorzaak daarvan was echter nog niet gevonden. Psychiater F. heeft de opname van patiënte via verweerder op de afdeling van verweerder geregeld. Verweerder was de hoofdbehandelaar van patiënte. Verpleegkundig specialist in opleiding J. verleende onder (vergaande) supervisie van verweerder de dagelijkse medische zorg.*

*De broer van klager was de eerste contactpersoon in het G.*

*Omdat patiënte zich verzette tegen de opname is er dezelfde dag een inbewaringstelling (IBS) aangevraagd en gekregen. Op 19 februari 2014 is er een machtiging verstrekt tot voortzetting van de IBS voor de duur van drie weken. Deze machtiging is opgevolgd door een voorlopige machtiging van een halfjaar.*

*Patiënte is bij opname onderzocht door de verpleegkundig specialist in opleiding en, in het kader van de geneeskundige verklaring voor de IBS, door de psychiater K. In (telefonisch) overleg met verweerder is een (voorlopig) behandelplan opgesteld. De behandelplannen, opgesteld door de verpleegkundig specialist in opleiding in overleg met verweerder, hebben een vast format, waarin onder meer is vermeld:*

*"Informed consent*

Cliënt/vertegenw zijn geïnf over behandeling ed dd”

*Hierna volgt een datum. Het “akkoord” onderaan het behandelplan is dat van de opsteller ervan.*

*Klager en zijn broer hebben op zondag 16 februari 2014 per e-mail laten weten dat zij het niet eens waren met de gang van zaken, onder andere over de aanpassing van de medicatie die ze hadden opgemerkt en over de bij hen levende onduidelijkheid of er een plan van aanpak was.*

*Verweerder heeft op maandag 17 februari 2014 visite gelopen bij patiënte.*

*Op deze dag heeft klager gemailld:*

*“afgelopen woensdag was moeder in H. nog levendig, nu bij tijd en wijle een wrak. Medicatie is aangepast zonder ons daarin te kennen. L. en ik hebben vanmorgen afzonderlijk contact proberen te leggen met dr. A.. Hij had geen tijd (dat kan), we moesten vanmiddag rond drie uur maar terugbellen. Ik heb voorgesteld om op dat tijdstip een gesprek te plannen, maar dat kon niet. Voor ons onacceptabel. Moeder is sinds donderdag in B. en we hebben die man nog niet een keer gezien laat staan gesproken. Wel is er dus andere medicijn voorgeschreven, iets dat we terloops hebben vernomen, en werden opmerkingen gemaakt waaruit blijkt dat moeder wordt gedrogeerd als ze ‘lastig’ is. Zo kun je iemand toch niet diagnosticeren!(...) Ons geduld is op en ons vertrouwen is volledig verwenen Er moet dus komende uren wel een godswonder gebeuren wil daar verandering in komen. Hoor ik komende uren niets, dan gaan we andere maatregelen nemen. (...)”*

*J. heeft op 17 februari 2014 telefonisch contact opgenomen met klager. Ook verweerder had die dag telefonisch contact met beide zoons. Op 18 februari 2014 heeft er een familiegesprek plaatsgevonden. In dat gesprek heeft verweerder volgens de status “duidelijk aangegeven dat het gedrag van de zoons niet acceptabel is”. Verweerder noteerde verder “de zoons hebben hun excuses aangeboden en willen patiënte voorlopig op de afdeling laten”. Verweerder heeft met de zoons afgesproken dat alleen de eerste contactpersoon bij vragen contact op zou nemen met hem of met J., dat zij de inhoud van de behandeling en wijziging medicatie alleen met hem (verweerder) of met J. zouden bespreken en niet met de verpleegkundigen, dat J. één à twee keer in de week contact op zou nemen met de eerste contactpersoon om deze eventueel te informeren over de gang van zaken en wijziging van de medicatie. De zoons zijn verder akkoord gegaan met fixatie als onderdeel van de behandeling.*

*Op woensdag 19 februari 2014 besprak verweerder met J. dat voor behandeling van het delier gestart werd met Exelon en dat de Reminyl en Lorazepam in de ochtend en de middag in verband met sufheid in de middag werden gestopt. J. noteerde dat zij eind van de week contact zou opnemen met de familie over de medicatiewijzigingen.*

*Op 27 februari 2014 hebben de zoons contact gehad met de trajectbegeleidster ‘Hulp bij Dementie’ omdat ze hun moeder wilden overplaatsen naar een meer vriendelijke afdelingsomgeving. J. heeft dit vernomen en heeft contact opgenomen met de zoons en verteld dat er op dat moment geen opties waren voor overplaatsing in de omgeving. Op 3 maart 2014 heeft verweerder contact opgenomen met de eerste contactpersoon over de aanvraag voor de rechterlijke machtiging en over het starten met het medicijn Melatonine.*

*Op 8 en 9 maart 2014 hebben de zoons de trajectbegeleidster ‘Hulp bij Dementie’ laten weten dat zij zich ernstige zorgen maakten over de situatie van hun moeder. Met name over het gewichtsverlies en de motorische onrust. Vanwege de motorische onrust (zij*

zat niet of nauwelijks) at en dronk patiënte namelijk onvoldoende. Op 12 maart 2014 heeft J. een gesprek met de zoons gehad. Zij vroegen zich af of patiënte niet beter af zou zijn in een andere, huiselijker omgeving in haar eigen regio. Afsproken werd patiënte tijdens de maaltijden te fixeren met een fixatiebroekje. Verder is er op 13 en 17 maart 2014 door F. genoteerd in de decursus dat er overleg is geweest over de vele e-mails van de zoons.

Op 18 maart 2014 heeft verweerder deelname van patiënte aan de Namisol-studie met de eerste contactpersoon besproken.

Op 24 maart 2014 heeft J. in het dossier genoteerd dat de zoons dachten dat patiënte beter zou functioneren op een meer huiselijke plek. Zij heeft meegedeeld dat ze vrij waren om naar andere plekken te kijken maar dat het tegen het advies van het G. was. De zoons hebben op 24 maart 2014 meegedeeld dat zij een second opinion hadden aangevraagd bij het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE). N., verbonden aan het CCE, heeft op 7 juli 2014 zijn adviesverslag uitgebracht. Zijn conclusie was dat er geen twijfel bestond over de diagnose Alzheimer, dat de zorg van de zonen invoelbaar was vanuit de voorgeschiedenis en dat de constructie van een samenwerkingsverband met andere ouderenzorg en verpleeghuiszorg vanuit de optiek van specialisatie en goede zorg prijzenswaardig was.

Op 3 april 2014 gaven de zoons aan akkoord te gaan met deelname van patiënte aan de Namisol-studie en dat zij de overplaatsing van patiënte wilden doorzetten.

Begin april 2014 heeft J. vanwege de wens tot overplaatsing contact gehad met de heer O. van het CODO (Centrale Opname Doorplaatsing en Ontslag) van het G.. O. is gaan zoeken naar een andere plek voor patiënte.

Op 9 april 2014 heeft er een familiegesprek plaatsgevonden in aanwezigheid van de heer O. van het CODO en verweerder. Desgevraagd hebben de zoons inzage in het dossier van patiënte gekregen.

J. had in deze periode wekelijks contact met de eerste contactpersoon. Tijdens deze contacten heeft zij de beslissingen met betrekking tot het medicatiebeleid met hem gecommuniceerd.

Op 28 april 2014 was er vanwege een patiëntenruil een plaats vrij in een verpleeghuis. Omdat de zoons dit verpleeghuis niet kenden en zij geen tijd hadden daar te gaan kijken voordat zij moesten beslissen over de overplaatsing, zagen zij van deze overplaatsing af.

Op 22 mei 2014 was verweerder bekend geworden met het feit dat de eerste contactpersoon het familiegesprek op 9 april 2014 met zijn telefoon had opgenomen. Verweerder heeft hierover met hem contact opgenomen. Diezelfde dag heeft klager een klacht ingediend tegen verweerder bij de klachtencommissie van het G..

Vanaf 2 juni 2014 is F. opgetreden als hoofdbehandelaar. Patiënte bleef wel opgenomen op de afdeling ouderen 2. Ook J. is vervangen, en wel op 4 augustus 2014.

De klachtencommissie heeft op 6 november 2014 uitspraak gedaan. De klachtencommissie verklaarde de klacht wat betreft de behandeling ongegrond en de klacht betreffende onvoldoende communicatie (en achter- in plaats van vooraf) gegrond. Volgens de klachtencommissie had van verweerder daarin een meer proactieve opstelling mogen en kunnen worden verlangd.

Patiënte is op 30 december 2014 uit het G. ontslagen naar een verpleeghuis.

Volgens klager gaat het daar beter met patiënte.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij:

1. *Verkeerde medicijnen aan patiënte heeft toegediend waardoor zij in ijlt tempo achteruit is gegaan;*
  2. *Een gebrek aan empathie heeft;*
  3. *Onwillig is om te communiceren;*
  4. *Intimiderend/agressief gedrag heeft vertoond;*
  5. *Patiënte medicijnen heeft laten toedienen zonder dat hij haar had gezien.*
- Gebleken is dat deze klacht de instemming heeft van C, de eerste contactpersoon.*

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

*Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij binnen het specialistisch vakgebied betreffende ouderen met dementie en ernstige gedragsproblemen een autoriteit is. Naast zijn werk bij het verpleegtehuis doet hij wetenschappelijk onderzoek, geeft hij geregeld na- en bijscholing aan artsen en andere professionals en is hij één dag per week werkzaam bij het P. als docent en onderzoeker. Wat de onderhavige klachten betreft, merkt verweerder op dat er een voortdurende discrepantie heeft bestaan tussen het beeld dat de zonen hadden van de toestand van patiënte en de daadwerkelijke medische/psychische toestand van patiënte zoals deze door de professionals werd geconstateerd. Deze toestand was ernstig. Verweerder bestrijdt dat sprake is geweest van toediening van 'een cocktail van medicatie' dan wel het ongezien laten toedienen van allerlei medicijnen. Bij de opname is, in overleg met verweerder, slechts de medicatie die al werd toegediend gecontinueerd. Daarna heeft verweerder juist besloten de Lorazepam stop te zetten in verband met klachten over sufheid van patiënte. Verweerder betwist verder dat hij de zonen in eerste instantie niet te woord heeft willen staan. Hij herkent zich niet in het door klager geschetste beeld dat hij een agressieve, intimiderende arts zou zijn met weinig empathisch vermogen. Hij betwist dat de gesprekken die klager in de stukken noemt hebben plaatsgevonden zoals door klager beschreven.*

#### 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 *Er is aanleiding de klachtonderdelen 1 en 5 te samen te bespreken. Deze klachtonderdelen hebben betrekking op de Lorazepam die bij opname is voorgeschreven, andere medicatie is in elk geval door klager niet genoemd. Het is zeer wel invoelbaar dat klager en zijn broer schrokken van de sufheid van hun moeder toen zij haar kort na de opname op de afdeling ouderen 2 weer zagen. Er is aanleiding te veronderstellen dat zowel 's morgens, als 's middags en 's avonds Lorazepam werd gegeven aan patiënte, waarschijnlijk vanwege haar grote onrust, waardoor zij vrijwel de hele dag in diepe slaap was. Er is echter geen medicamentenoverzicht te vinden in de overgelegde stukken, zodat niet met zekerheid kan worden vastgesteld hoeveel Lorazepam is verstrekt. Ook is niet helder of de artsen van de afdeling op de aansluitende eerste werkdag precies op de hoogte waren van de medicatie. Zoals echter overwogen bij de feiten was verweerder weliswaar op de donderdagavond van opname telefonisch betrokken bij de opname (en werd er geen melding gemaakt dat Lorazepam werd voorgeschreven), maar werkte hij niet op vrijdag en was het daarna weekend. In die periode waren steeds andere artsen eindverantwoordelijk. Het is niet gebleken dat verweerder (al dan niet zonder patiënte te zien) de Lorazepam heeft voorgeschreven; verweerder ontkent het,*

*dit middel kan zeer wel door een andere arts zijn voorgeschreven en verweerder heeft juist na zes dagen de Lorazepam afgebouwd wegens de gebleken sufheid van patiënte overdag. Deze klachtonderdelen zijn dus niet gegrond.*

*5.3 De overige klachtonderdelen gaan over (het gebrek aan) communicatie, onder meer over medicatie en behandeling, en de bejegening.*

*5.4 Het volgend wettelijk kader is van belang met betrekking tot de communicatie met en instemming van de familie wat betreft de behandeling.*

*Artikel 7:448 van het Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt kort gezegd dat de patiënt op duidelijke wijze wordt ingelicht over voorgenomen onderzoek en voorgestelde behandeling en ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en zijn gezondheidstoestand. Artikel 7:450 BW houdt in dat voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst de toestemming van de patiënt is vereist. Te samen komt dit neer op het zogenaamde 'informed consent' van de patiënt.*

*Indien er sprake is van een meerderjarige patiënt die niet in staat kan worden geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen (een wilsonbekwame patiënt, zoals hier mevrouw C) dient voorts op grond van artikel 7:465 BW onder meer de verplichting om informed consent te verkrijgen te worden nagekomen jegens, in dit geval, de als eerste contactpersoon aangewezen zoon van patiënte.*

*De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) bevat onder meer de volgende bepalingen ten aanzien van patiënten die krachtens een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging zijn opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis:*

*Artikel 38 bepaalt voor zover hier van belang en samengevat dat in geval van een wilsonbekwame patiënt een behandelingsplan wordt opgesteld in overleg met, in dit geval, de eerste contactpersoon. Behandeling vindt slechts plaats als dit overleg tot overeenstemming heeft geleid, tenzij er gronden zijn voor dwangbehandeling hetgeen met allerlei waarborgen is omkleed.*

*Deze bepalingen zijn van overeenkomstige toepassing bij patiënten die met een rechterlijke machtiging of met een indicatie krachtens artikel 60 Wet BOPZ in een verpleeghuis zijn opgenomen.*

*5.5 Ter zake van de communicatie over de behandeling en specifiek de medicatie overweegt het college het volgende. Zoals ook besproken ter zitting, blijkt uit het dossier wel dat de eerste contactpersoon is geïnformeerd over medicatie- en beleidswijzigingen en behandelplannen. Nauwelijks (alleen met betrekking tot de Namisol-studie en de fixatie) is echter genoteerd dat aan de eerste contactpersoon toestemming is gevraagd en deze is verleend voor verrichtingen, zoals volgens de wetsbepalingen in de vorige rubriek vereist. Noch het format van het behandelplan, waarin slechts hoeft te worden vermeld dat de familie is geïnformeerd maar niet of deze akkoord is, noch het systeem dat de familie wordt gebeld nádat het beleid tussen verweerder en de verantwoordelijke aios was afgesproken, nodigde uit tot een open gesprek over (voor- en nadelen van) een voorgestane behandeling. In een dergelijk gesprek hadden beide zoons meegenomen kunnen worden in de gedachtegang van verweerder als hoofdbehandelaar en hadden zij het gevoel kunnen krijgen serieus te worden genomen. Be- en verdenkingen bij klager zoals nu in zijn stukken vermeld waren dan mogelijk voorkomen. Informed consent is een essentieel onderdeel van goede gezondheidszorg en dient te worden genoteerd in het dossier. Indien het er niet staat, dient er in beginsel van te worden uitgegaan dat het niet is verleend. Verweerder heeft in feite ook wel toegegeven dat de complexe problematiek van de patiënten op de afdeling ouderen 2 zoveel aandacht vergde dat aan de communicatie met de naaste betrekkingen niet goed werd toegeko-*

men. Hij heeft nog aangevoerd dat de gesprekken hoofdzakelijk werden gevoerd en vastgelegd door de verpleegkundig specialist in opleiding en niet door hem. Voor zover hij daarmee bedoelt dat niet hij maar deze opleiding tuchtrechtelijk aansprakelijk is als op dit punt de zorgverlening onvoldoende is geweest, geldt het volgende. Zoals vastgelegd in het Professioneel Statuut van de instelling waar verweerder werkzaam was, ziet hij als hoofdbehandelaar erop toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen en draagt hij zorg voor de goede communicatie met de patiënt/cliënt en diens naasten. Daarnaast rustte die verplichting ook op hem als dagelijks begeleider en in feite medeopleider op de werkvloer van de aiossen en verpleegkundig specialist in opleiding. Hij werd geacht hun, als zij daar onvoldoende aandacht aan schonken, bij te brengen dat informed consent diende te worden gevraagd en indien verleend goedgekeurd, en te controleren of hieraan daadwerkelijk uitvoering werd gegeven. Verweerder is dus (al dan niet mede) tuchtrechtelijk aansprakelijk voor het feit dat de communicatie, voor zover gericht op het verkrijgen van informed consent ter zake van behandeling en specifiek de medicatie, ontoereikend is geweest. In die zin is de klacht gegrond.

5.6 Wat betreft het gedeelte van de klacht dat betrekking heeft op de toon van de communicatie van verweerder en op de bejegening door hem, geldt het volgende. Uit het dossier blijkt dat in kwantitatief opzicht voldoende met klager en zijn broer is gecommuniceerd. Verweerder heeft de verwijten met betrekking tot de bejegening die hem in dit verband worden gemaakt stellig tegengesproken. Verwijten omtrent inhoud en wijze van mondelinge communicatie laten zich moeilijk op hun juistheid beoordelen door het college, dat van die communicatie immers geen getuige is geweest. Het is vaak de toon die de muziek maakt, en die toon is aan derden niet (goed) over te brengen. Iets soortgelijks geldt met betrekking tot de context waarin woorden of uitlatingen worden gebruikt: die kan bepalend zijn voor de betekenis ervan, maar is hooguit gebrekkig te reconstrueren. Daarbij komt dat bij communicatie tussen enerzijds leken en anderzijds professionals het misverstaan van elkaar een voortdurend actueel gevaar is, dat nog toeneemt naarmate deelnemers aan die communicatie bij het onderwerp ervan emotioneel betrokken zijn. Een en ander maakt het beoordelen van de gegrondheid van verwijten als bedoeld voor derden tot een moeilijke opgave. Uiteindelijk baseert het college zich bij de beoordeling van dit gedeelte van de klacht niet op het uitgangspunt dat het woord van de klager minder geloof verdient dan dat van de verweerder, maar op het gegeven dat voor het oordeel of een bepaalde verweten gedraging tuchtrechtelijk verwijtbaar is eerst moet worden vastgesteld welke feiten daaraan ten grondslag gelegd kunnen worden. Deze feiten kan het college dus, ook als aan het woord van klager en van verweerder evenveel geloof wordt gehecht, hier niet vaststellen. Dit gedeelte van de klacht is dus ongegrond.

5.7 Bij een gegronde klacht als hier aan de orde dient een maatregel te worden opgelegd. Bij de bepaling van de maatregel geldt enerzijds dat, zoals reeds overwogen, geen of onvoldoende aandacht is geschonken aan een essentieel onderdeel van goede gezondheidszorg. En dat op structurele wijze. Aan de andere kant geldt dat kennelijk het klimaat op de afdeling niet (voldoende) was gericht op het verkrijgen van instemming van de familie voor de behandeling. Verweerder was weliswaar hoofdbehandelaar, maar er waren toch ook een opleider en andere specialisten die bijdroegen aan de zorg en de supervisie en begeleiding van de verpleegkundig specialist in opleiding. Gebleken is dat de klachten hebben teweeggebracht dat de familie werd uitgenodigd voor de behandelbesprekingen en dat een brochure met informatie is gewijzigd. En verweerder heeft tot slot een communicatiecursus gevolgd. Al met al kan in deze zaak worden volstaan met een waarschuwing.”

### 3. Vaststaande feiten en omstandigheden

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

### 4. Beoordeling van het beroep

4.1 Met het principaal beroep richt de geriater zich tegen het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de communicatie over de behandeling en de medicatie onvoldoende was. Het principaal beroep strekt ertoe dat dit (derde) onderdeel van de klacht alsnog ongegrond wordt verklaard en dat de ter zake opgelegde maatregel van waarschuwing komt te vervallen. Klager heeft hiertegen verweer gevoerd met conclusie dit beroep te verwerpen.

4.2 Klager richt zich met het incidenteel beroep tegen de ongegrondverklaring van de overige vier klachtonderdelen en concludeert tot gegrondverklaring van het incidenteel beroep. De geriater voert hiertegen verweer en concludeert tot verwerping van het incidenteel beroep.

#### *In het principaal en het incidenteel beroep*

4.3 De geriater maakt in zijn beroepschrift bezwaar tegen de wijze waarop het juridisch kader door het Regionaal Tuchtcollege uiteen is gezet. De geriater stelt dat in de beslissing in eerste aanleg ten onrechte door het college de suggestie wordt gewekt dat de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (hierna: WGBO) in het onderhavige geval leidend is ten opzichte van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: BOPZ). De geriater stelt dat in het onderhavige geval, waarin sprake was van een onvrijwillige opname op grond van de BOPZ, deze laatste wet het leidende juridisch kader dient te vormen. Het Centraal Tuchtcollege overweegt hieromtrent als volgt.

4.4 Voor zover geoordeeld moet worden over de gedwongen opname en gedwongen behandeling is de BOPZ leidend. Daarnaast is evenwel de WGBO eveneens van toepassing, zeker waar het gaat om de (vrijwillige) behandeling van somatische aspecten. Bij gedwongen opname op grond van artikel 60 BOPZ zoals hier aan de orde, is (onder meer) artikel 38 BOPZ dat betrekking heeft op het behandelingsplan van toepassing. Lid 3 van dit laatste artikel luidt, voor zover thans relevant, als volgt:

*“Het behandelingsplan [...] is erop gericht de stoornis zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt, zonder van de bereidheid daartoe te hebben blijk gegeven, in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen.”*

Bij patiënten die op grond van artikel 60 BOPZ zijn opgenomen zal echter het behandelingsplan niet slechts gericht zijn op het verbeteren van de stoornis teneinde het gevaar weg te nemen, doch zal doorgaans ook sprake zijn van een somatische medische behandeling, waar geen sprake is van dwangbehandeling. Met betrekking tot de somatische medische behandeling van op grond van de BOPZ opgenomen patiënten is de WGBO in het algemeen onverminderd van toepassing.

4.5 De geriater was verbonden aan de kliniek voor geestelijke gezondheidszorg G. en aldaar werkzaam op de afdeling “Ouderen 2”. Het betrof hier een opleidingsafdeling waar artsen in opleiding tot geriater in de laatste fase van hun opleiding met grote mate van zelfstandigheid de dagelijkse medische zorg verleenden. De geriater was als hoofdbehandelaar 2,5 dag per week op de afdeling aanwezig en op de dagen waarop hij niet op de afdeling werkte was hij altijd telefonisch bereikbaar. Op de maandagen liep de geriater visite met de behandelend artsen en op de woensdagen nam hij deel aan het wekelijks multidisciplinair overleg.

#### *In het principaal beroep*



4.6 Het principaal beroep heeft betrekking op klachtonderdeel 3. De vraag die voorligt is of er in het onderhavige geval voldoende communicatie over de behandeling en de medicatie van de moeder van klager (hierna: patiënte) heeft plaatsgevonden. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt als volgt.

4.7 Patiënte is op donderdag 13 februari 2014 opgenomen op de afdeling "Ouderen 2". Bij opname is door verpleegkundig specialist in opleiding J. telefonisch contact opgenomen met de geriater, die op maandag 17 februari 2014 weer op de afdeling aanwezig zou zijn, en is een (voorlopig) behandelplan opgesteld. Op zondag 16 en op maandag 17 februari 2014 heeft klager per e-mail laten weten het niet eens te zijn met de gang van zaken. J. en de geriater hebben op 17 februari 2014 beiden telefonisch contact met klager gehad. Klager wilde die dag een gesprek. De geriater heeft daarbij gezegd dat hij patiënte eerst wilde zien en vervolgens is er een afspraak gemaakt voor een familiegesprek op dinsdag 18 februari 2014. Tijdens dit familiegesprek, waarbij ook de broer van klager aanwezig was, is afgesproken dat communicatie door klager over de behandeling en de medicatie zou plaatsvinden met J. of met de geriater. Voorts is afgesproken dat J. één of tweemaal per week contact zou opnemen met klager om hem te informeren over de gang van zaken en eventuele wijziging van de medicatie. Klager was hiermee akkoord.

4.8 Uit het medisch dossier van patiënte komt naar voren dat deze op 18 februari 2014 gemaakte afspraken zijn nageleefd. J. heeft over elke voorgenomen wijziging in medicatie en/of beleid contact gehad met klager en hem daarover geïnformeerd. Anders dan het Regionaal Tuchtcollege gaat het Centraal Tuchtcollege er daarbij vanuit dat het in het algemeen niet ongebruikelijk is om aan te nemen dat, wanneer in een medisch dossier genoteerd staat dat patiënt (of diens vertegenwoordiger) over een wijziging in medicatie en/of beleid is geïnformeerd, dit impliceert dat patiënt daarmee ook akkoord is en dat eventuele bezwaren in het dossier worden genoteerd. Het Centraal Tuchtcollege volgt derhalve niet het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat uit het dossier onvoldoende blijkt dat er sprake was van informed consent.

4.9 Vanaf het moment van opname was er sprake van een complexe situatie op het gebied van communicatie, nu klager en zijn broer van meet af aan ontevreden waren over de gang van zaken en deze ontevredenheid ook, mondeling of per e-mail, regelmatig hebben geuit. Uit hoofde van zijn regiefunctie als hoofdbehandelaar heeft de geriater er, gelet op de hiervoor onder 4.7 weergegeven gemaakte afspraken, echter bij aanvang van de opname voor gezorgd dat er voldoende communicatie met klager over patiënte plaatsvond. Toen bleek dat de onvrede bij klager en zijn broer bleef voortduren had een actievare rol van de geriater op het punt van de communicatie voor de hand gelegen en had dit mogelijk wat van die onvrede weg kunnen nemen, maar in het feit dat hij dat heeft nagelaten ziet het Centraal Tuchtcollege geen reden hem hiervan een tuchtrechtelijk verwijt te maken.

4.10 Het voorgaande leidt tot de conclusie dat het principaal beroep van de geriater slaagt.

#### *In het incidenteel beroep*

4.11 Voor wat betreft klachtonderdeel 1 en 5 herhaalt klager in incidenteel beroep het verwijt dat de geriater zonder patiënte te zien verkeerde medicijnen heeft voorgeschreven. Dit verwijt heeft betrekking op de (al dan niet vermeende) wijziging in de medicatie die is doorgevoerd op de dag van opname. Het Centraal Tuchtcollege overweegt hieromtrent als volgt.

4.12 Ter terechtzitting in beroep heeft de geriater aangevoerd dat het standaard beleid is bij opname de medicatie die een patiënt op dat moment al krijgt te continueren, tenzij de toestand van een patiënt aanleiding geeft daarvan af te wijken. Ook in het onderha-

vige geval blijkt uit het medisch dossier dat op 13 februari 2014 de medicatie van patiënte in overleg met de geriater is gecontinueerd.

4.13 Bij opname kreeg patiënte (onder meer) oxazepam, welk middel, naar de geriater ter terechtzitting heeft verklaard, door de apotheek standaard wordt omgezet in lorazepam. In de bij opname voorgeschreven hoeveelheid zou toediening van lorazepam éénmaal daags plaats hebben moeten vinden. Uit zowel het verpleegkundig als het medisch dossier blijkt dat aan patiënte, de dagen erna, in tegenstelling tot de afspraken van 13 februari, driemaal daags lorazepam is voorgeschreven, in ieder geval tot 19 februari 2014, de dag waarop de geriater de lorazepam weer heeft teruggebracht tot éénmaal daags.

4.14 Uit het voorgaande blijkt dat de dosering lorazepam na opname kennelijk is verhoogd van één- naar driemaal daags. Onduidelijk is gebleven hoe deze verhoging tot stand is gekomen en door wie de verhoging is voorgeschreven. Duidelijk is wel dat de verhoging is geschied in strijd met de instructie zoals de geriater die op 13 februari 2014 heeft gegeven en hem kan van deze verhoging dan ook geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt. Daarnaast blijkt uit het dossier dat patiënte de betreffende dagen qua sufheid een wisselend beeld toonde. De veronderstelling van de geriater dat dit toe te schrijven viel aan een delier en niet aan een hogere dosering psychofarmaca, acht het college aannemelijk. Voor zover het incidenteel beroep zich richt tegen de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen 1 en 5 faalt het derhalve.

4.15 Voor wat betreft de klachtonderdelen 2 en 4 heeft de behandeling van de zaak in beroep het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten of tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het incidenteel beroep ook op die punten moet worden verworpen.

*In het principaal en het incidenteel beroep*

4.16 Al het voorgaande tezamen leidt tot de conclusie dat het Centraal Tuchtcollege anders over het derde klachtonderdeel oordeelt dan het Regionaal Tuchtcollege. De beslissing van dat college kan, voor zover daarbij dit klachtonderdeel gegrond is verklaard en aan de geriater de maatregel van waarschuwing is opgelegd, dan ook niet in stand blijven.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

*in het principaal beroep:*

vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarin het klachtonderdeel 3 gegrond is verklaard en aan de geriater de maatregel van waarschuwing is opgelegd;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart dat klachtonderdeel alsnog ongegrond;

*in het incidenteel beroep:*

verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter;

mr. Y. Buruma en mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen, leden-juristen en drs. C. de Graaf en

drs. P.J. Schimmel, leden-beroepsgenoten en mr. M.D. Barendrecht-Deelen, secretaris.

Uitgesproken ter openbare terechtzitting van 15 februari 2018.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.