

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.473

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE **voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.473 van:

A. klinisch geriater, (destijds) werkzaam te B.,
appellant, verweerder in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. dr. L.A.P. Arends, advocaat te Nijmegen,
tegen

C., wonende te D., gemeente E.,
verweerster in beroep, klaagster in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klaagster - heeft op 19 juni 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen C. - hierna de geriater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 4 november 2016, onder nummer 132/2015, 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. Klaagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De geriater heeft een door de heer prof. dr. F. opgesteld deskundigenrapport overgelegd.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 18 januari 2018, waar is verschenen de geriater, bijgestaan door mr. Arends voornoemd. Klaagster is, hoewel behoorlijk uitgenodigd, niet verschenen. Mr. Arends heeft de standpunten van de geriater toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege 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 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 echtgenoot van klaagster, de heer G., geboren in 1950, in de kliniek voor geestelijke gezondheidszorg H. te B., verder ook patiënt te noemen. Verweerder was sinds 2010 als klinisch geriater en klinisch farmacoloog verbonden aan de kliniek 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 voorts 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.

Patiënt is van 6 mei 2013 tot 5 juni 2013 en van 17 juli 2013 tot 24 februari 2014 opgenomen geweest op de afdeling ouderen 2.

Patiënt was bekend met een CVA In 2002. Nadien had hij een afasie en krachtsverlies links. In 2012 heeft hij een myocardinfarct doorgemaakt. Verder was hij bekend met een carotisstenose, hypertensie, hypercholesterolemie, angina pectoris, nekhernia en pijnscheuten in de rug zonder bekende oorzaak en sinds 2010 met een dementieel syndroom veroorzaakt door de combinatie van vasculaire dementie en de ziekte van Alzheimer. Patiënt en klaagster hadden geen kinderen. In zijn werkzame leven was patiënt automonteur, chauffeur en leidinggevende in een magazijn geweest. Hij was een fysiek sterke man.

De reden van opname was toenemende agressiviteit richting klaagster. Op 15 april 2013 was patiënt opgenomen in een verpleeghuis op de afdeling voor jonge patiënten (onder de 65 jaar) met dementie. Tijdens deze opname namen de agitatie en de agressie toe. Patiënt was meermaals dreigend en agressief richting medebewoners en hun bezoek. Op 4 mei 2013 was er een escalatie, patiënt sloeg het personeel en de interventies van de specialist ouderengeneeskunde waren onvoldoende effectief. Vervolgens is hij met een inbewaringstelling (IBS) overgeplaatst naar de afdeling ouderen 2. Het verzoek tot verlening van een machtiging tot voortzetting van de IBS werd wegens een verzuim afgewezen, waarna op 17 mei 2013 een voorlopige machtiging van maximaal een halfjaar en aansluitend een machtiging voortgezet verblijf van maximaal een jaar zijn verleend.

Als medicatie werden in overleg met verweerder risperidon en memantine gehandhaafd, en gestart werd met Lorazepam. Met betrekking tot dit laatste is in de decursus genoteerd dat klaagster telefonisch was geïnformeerd en akkoord was.

Verweerder heeft op 17 mei 2013 vanwege uitblijvend effect op de gedragsproblemen de memantine en risperdal afgebouwd tot een complete stop en de focus van de behandeling op de benadering van patiënt gelegd. Echtgenote werd ingelicht over deze medicatiewijzigingen.

Op 3 juni 2013 werd citalopram toegevoegd vanwege emotionele labiliteit van patiënt waarover echtgenote telefonisch op de hoogte werd gesteld.

Op 5 juni 2013 is patiënt per ambulance overgeplaatst naar het verpleegtehuis H.. In de ontslagbrief schreef verweerder als conclusie:

“Fysieke agressie en agitatie bij dementie met innerlijke onrust en overgevoeligheid voor externe prikkels, waarvoor een op een begeleiding en zonodig separatie. Diverse geneesmiddelen onvoldoende effectief.”

In het verpleegtehuis ging het aanvankelijk goed maar de agressie, zowel handelend als verbaal, nam na enkele weken toe waarbij het geven van aandacht niet meer

werkte. Gestart werd met het toedienen van antipsychotica waaronder quetiapine, maar zonder effect.

Op 17 juli 2013 is patiënt weer in de kliniek op de afdeling ouderen 2 opgenomen omdat de situatie in H. onhoudbaar was geworden. Bij opname werden de quetiapine en citalopram gestopt in overleg met verweerder. Op 17 juli 2013 is in het dossier genoteerd dat klaagster het niet aankon, dat ze tegen het plafond zat. Klaagster heeft aangegeven dat ze maar een keer per dag geïnformeerd wilde worden over patiënt met betrekking tot alles, separatie, medicatie, veranderingen en dergelijke. Op 18 juli 2013 is er in het dossier met betrekking tot de communicatie genoteerd:

"Mevr. A. heeft de volgende afspraak gemaakt, zodat ze tijd heeft om tot rust te komen: Als er bijzonderheden zijn over dhr G., dan om 21 uur 's avonds bellen met de volgende contactpersonen die bij "relaties" staan:

- 1e I. en als 2e J..
- Alleen bij zeer acute zaken wil mevr gebeld worden."

Op 21 juli 2013 is genoteerd dat de contactpersonen verder om 21.00 uur naar de afdeling zullen bellen voor informatie.

Op 22 juli 2013 werd in overleg met verweerder vanwege snelle agitatie gestart met midazolam, mirtazapine en rivastigmine waarover echtgenote telefonisch dezelfde dag werd geïnformeerd. Op 24 juli 2013 werd in overleg met verweerder vanwege ontstane visuele hallucinaties en aanhoudende fysieke agressie depakine toegevoegd aan de medicatie.

In het begin van de tweede opname was dagelijkse fixatie door middel van een zogeheten 'zitbroek' of separatie in de separeerruimte noodzakelijk vanwege de agitatie en de agressie (slaan en schoppen van medepatiënten en personeel). De oorzaak van de agitatie/agressie was niet duidelijk. Een deel van de agitatie leek samen te hangen met de afasie van patiënt waardoor hij zijn wensen niet kon aangeven.

De behandelplannen, opgesteld door aios K. 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.

Op diverse plekken is ter zake van het betrekken van de echtgenote bij de behandeling genoteerd dat na de behandelplan/evaluatieplanbespreking op woensdag, op vrijdag telefonisch contact met haar zou worden opgenomen, en bij wijzigingen in het beleid, en dat klaagster op de hoogte werd gebracht van medicatiewijzigingen.

Er hebben gedurende beide opnameperiodes familiegesprekken plaatsgevonden met onder meer klaagster.

Op 25 september 2013 vond er een gesprek plaats met klaagster en haar schoonzus. Genoteerd werd:

"- afgelopen 2 weken weer lichte verbetering; fixatie meerdere dagen pas laat in de dag nodig

- iets minder snel overprikkeld
- nu geen verandering aan medicatie, afwachten wat beloop zal zijn omdat nu weer lichte verbetering
- onbekend hoe lang behandeling nog zal duren en wat mogelijkheden na uitbehandeld"

Op 29 oktober 2013 heeft K. telefonisch contact gehad met klaagster. Zij noteerde dat klaagster vond dat het slecht ging met patiënt, dat ze het idee had dat hij te vaak werd

gefixeerd, dat ze begon te twijfelen aan de zorg en dat ze wanhopig was. Zij sprak een familiegesprek af op korte termijn voor uitleg. Dit gesprek heeft plaatsgevonden op 6 november 2013. Klaagster en een vriendin waren bij dit gesprek aanwezig. In het dossier is genoteerd:

“ veel vragen over noodzaak fixatie en controle tijdens fixatie. denken dat 1 op 1 begeleiding onrust mogelijk voorkomt. Uitleg gegeven over prikkelbaarheid en dat soms dicht nabijheid te veel prikkels zijn

Uitleg over medicatie en benadering en fixatie/afzondering: zoeken naar juiste medicatie. echter afzondering doorbreekt juist goed de onrust. Behandeling nog niet klaar en nog geen zicht op natraject.”

In de decursus zijn ook medio december 2013 meerdere aantekeningen gemaakt dat fixatie en separatie noodzakelijk waren. Op 12 december 2013 kreeg patiënt van de waarnemend arts vanwege onrust 1 tablet lorazepam voorgeschreven verborgen in de vla. Op 23 december 2014 heeft K. met klaagster gesproken over de stand van zaken met betrekking tot de overplaatsing en de medicatie. Patiënt was minder prikkelbaar bij dezelfde medicatie hetgeen werd toegeschreven aan het natuurlijk beloop van de dementie.

Op 23 januari 2014 noteerde verweerder in het dossier dat hij klaagster had gesproken en dat klaagster akkoord is met deelname van patiënt aan de Namisol-studie.

Op 24 februari 2014 is patiënt overgeplaatst naar een verpleeghuis.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder:

- *geen enkel empatisch vermogen;*
- *dat hij communicatief zwak is;*
- *dat hij een arrogante uitstraling heeft en arrogant handelt;*
- *dat hij klaagster en de directe familie niet aanhoort;*
- *dat hij niet meedenkt;*
- *dat hij heel slecht bereikbaar is;*
- *dat hij egoïstisch is;*
- *dat hij zich autoritair gedraagt.*

Samengevat stelt klaagster dat zij voortdurend voor voldongen feiten werd gesteld en dat van overleg geen sprake was. Patiënt werd zonder haar toestemming en zonder dat dit vooraf was aangegeven gefixeerd, vastgebonden en gesepareerd. Ook over de medicatie ontving klaagster nauwelijks tot geen informatie en werd zij voor voldongen feiten geplaatst.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij zich niet herkent in de klachten. Verweerder voert aan dat hij binnen het specialistisch vakgebied betreffende ouderen met dementie en ernstige gedragsproblemen een autoriteit is. Naast zijn werk bij de instelling 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 L. als docent en onderzoeker. Hij wijst onder meer op de taakverdeling tussen de medisch specialist en arts-assistent die als primaire behandelaar optrad. Hij voert aan dat de patiënt helaas regelmatig gefixeerd en gesepareerd moest worden, dat er vaak een acute reden was om deze maatregelen te nemen en dat het dan niet mogelijk was om de familie daarover van tevoren te informeren. Hij merkt daarbij op dat de familie wel steeds achteraf is geïnformeerd over de getroffen maatregel en dat klaagster ook steeds is geïnformeerd

over wisselingen in de medicatie. Verder stelt hij wel degelijk aandacht voor de behoeftes van klaagster te hebben gehad.

Hierna zal -voor zover nodig- meer specifiek op het verweer worden ingegaan.

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 De klachtonderdelen hebben betrekking op de communicatie en bejegening in het algemeen, over de communicatie over behandeling en medicatie in het bijzonder en specifiek over de dwangmaatregelen.

5.3 Het volgend wettelijk kader is van belang.

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. Tezamen 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 de heer G.) 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, klaagster als echtgenote van patiënt.

De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ) bevat de volgende bepalingen ten aanzien van patiënten die krachtens een inbewaringstelling of rechterlijke machtiging zijn opgenomen in een verpleeginrichting, die hier van belang zijn:

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, klaagster als echtgenote. Behandeling vindt slechts plaats als dit overleg tot overeenstemming heeft geleid, tenzij er gronden zijn voor dwangbehandeling hetgeen met allerlei waarborgen is omkleed.

5.4 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 klaagster telkens is geïnformeerd over medicatie- en beleidswijzigingen en behandelplannen. Nauwelijks (alleen met betrekking tot de Lorazepam en de Namisol-studie is expliciet vermeld dat klaagster akkoord was) is echter genoteerd dat aan klaagster toestemming is gevraagd en deze is verleend voor verrichtingen, zoals volgens de wetsbepalingen genoemd in de vorige rubriek is 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 klaagster en haar familie 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 klaagster zoals

nu in haar 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 deze zaak 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 aios en niet door hem. Voor zover hij daarmee bedoelt dat niet hij maar die arts 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, als zij daar onvol- doende aandacht schonken, hun bij te brengen dat informed consent diende te worden gevraagd en indien verleend genoteerd, en te controleren of hieraan daadwerkelijk uitvoering werd gegeven. Verweerder is dus (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.

5.5 Het voorgaande geldt te meer voor de toepassing van middelen en maatregelen. Klaagster diende hierover volgens de regelgeving telkens (zo nodig achteraf) te worden ingelicht, zoals hier is gebeurd, en zij behoefde in noodsituaties hiervoor geen toestem- ming vooraf te geven. Dit laat echter onverlet dat het voor de familie een grote schok kan zijn om ermee te worden geconfronteerd dat op hun naaste maatregelen worden toegepast in de zin van separatie en fixatie door onder meer een zitbroek, zeker zoals hier in afzondering en soms gedurende meerdere uren achtereen. Het is zaak vooraf- gaand aan of indien niet anders mogelijk direct na de start van de dwangmaatregelen de familie, waaronder in elk geval klaagster, in een rustig gesprek voor te bereiden op of uitleg te geven over dergelijke maatregelen en de confrontatie daarmee. Het blijkt niet uit het dossier of uit de brochure die verweerder heeft overgelegd dat dit is gebeurd. Direct na aanvang van de tweede opname zijn in juli 2013 de (bij aanvang frequente) dwangmaatregelen gestart en pas in september 2013 heeft een familiegesprek hierover plaatsgevonden, en in november 2013 naar aanleiding van onvrede van klaagster - en dus reactief - nogmaals. Dat klaagster in die periode minder belast wilde worden met informatie laat onverlet dat geprobeerd had kunnen worden over dit belangrijke onder- werp een gesprek met klaagster te beleggen, zoals later immers is gelukt, en anders met een aangewezen contactpersoon. De klacht dat onvoldoende communicatie heeft plaatsgevonden over de dwangmaatregelen is dus eveneens 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 klaagster is gecommuniceerd. Verweerder heeft de verwijten die hem in dit verband worden gemaakt stellig tegenge- sproken. 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 vele artsen in (de eindfase van hun) opleiding betrokken bij de verleende zorg die geacht werden de regels ter zake te kennen, alsmede opleiders en andere specialisten die bijdroegen aan de zorg en de supervisie en begeleiding van hen die in opleiding waren. 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 De geriater is in beroep gekomen van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover daarbij het klachtonderdeel dat betrekking heeft op de vraag of er voldoende communicatie over de behandeling, de medicatie en de toepassing van dwangmiddelen heeft plaatsgevonden gegrond is verklaard en aan de geriater de maatregel van waarschuwing is opgelegd. De geriater concludeert tot ongegrondverklaring van dit klachtonderdeel.

4.2 Klaagster heeft in beroep verweer gevoerd. Zij concludeert - impliciet - tot verwerving van het beroep van de geriater en tot bevestiging van de bestreden beslissing.

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 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 blijkt 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 In beroep ligt de vraag voor of er in het onderhavige geval voldoende communicatie over de behandeling en medicatie van de echtgenoot van klaagster (hierna: patiënt) en over de toepassing van dwangmiddelen bij patiënt heeft plaatsgevonden. Het Centraal Tuchtcollege oordeelt als volgt.

4.6 De geriater was verbonden aan de kliniek voor geestelijke gezondheidszorg Vincent van Gogh 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. Bovendien heeft de geriater ter terechtzitting in beroep aangegeven dat hij, vanwege het feit dat hij niet de volle week op de afdeling aanwezig was, alle dossiers wekelijks door las om zich op de hoogte te stellen van hetgeen tijdens zijn afwezigheid was voorgevallen.

4.7 De behandelend arts van patiënt was arts-assistent K., onder supervisie van de geriater. Uit het medisch dossier van patiënt komt naar voren dat er over elke voorgenomen wijziging in medicatie en/of beleid contact is geweest met klaagster en dat zij daarover is 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 die 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.

4.8 Ter terechtzitting in beroep heeft de geriater de gang van zaken rondom de toepassing van dwangmiddelen uiteen gezet. De standaardpraktijk is dat direct na toepassing van een dwangmiddel, zelfs indien dat middenin de nacht is, contact wordt opgenomen met de aangewezen contactpersoon. In het geval van klaagster zijn daarover op 17 juli 2013 op haar eigen verzoek andere afspraken gemaakt. Conform die afspraken zijn over de toepassing van dwangmiddelen bij patiënt dagelijks- onder verantwoordelijkheid van de behandelend psychiater - op een afgesproken tijdstip de door klaagster doorgegeven contactpersonen telefonisch geïnformeerd.

4.9 Hetgeen hiervoor onder 4.7 en 4.8 is overwogen geeft het Centraal Tuchtcollege geen aanleiding te oordelen dat er onvoldoende met klaagster (of de door haar aangewezen contactpersonen) is gecommuniceerd over de behandeling, de medicatie en de

dwangmaatregelen, noch dat er geen sprake was van informed consent. Ook voldeed de dossiervoering van de behandelend arts-assistent hierover aan de daaraan te stellen eisen en de geriater kan op dit punt dan ook geen verwijt worden gemaakt zo hij voor die dossiervoering, gelet op het feit dat de desbetreffende arts-assistent zich in de laatste fase van haar opleiding tot geriater bevond, al enige verantwoordelijkheid zou dragen. Het beroep van de geriater slaagt derhalve.

4.10 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege over het klachtonderdeel dat betrekking heeft op de vraag of er voldoende communicatie over de behandeling, de medicatie en over de toepassing van dwangmaatregelen heeft plaatsgevonden anders oordeelt dan het college in eerste aanleg. De beslissing van het Regionaal Tuchtcollege kan, voor zover dit klachtonderdeel daarbij 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:

vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarin het klachtonderdeel dat betrekking heeft op de vraag of er voldoende communicatie over de behandeling, de medicatie en over de toepassing van dwangmaatregelen heeft plaatsgevonden gegrond is verklaard en aan de geriater de maatregel van waarschuwing is opgelegd; en opnieuw rechtdoende:

verklaart dat klachtonderdeel alsnog ongegrond;

bekrachtigt de beslissing voor het overige.

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.