

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.436

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.436 van:

A., wonende te B., appellante, tevens verweerster in incidenteel appel, klagster in eerste aanleg,

gemachtigde: mr. R.Th. Bocxe, advocaat te Oegstgeest,
tegen

C., psychiater, werkzaam te D.,
verweerster in beide instanties, tevens incidenteel appellante,
gemachtigde: mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klagster - heeft op 16 mei 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen C. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 21 september 2018, onder nummer 18/198 heeft dat College de klacht afgewezen.

Klagster is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De psychiater heeft een verweerschrift in beroep ingediend en tevens incidenteel beroep ingesteld. Klagster heeft hierop gereageerd met een verweerschrift in het incidenteel beroep.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 9 april 2019, waar zijn verschenen klagster, bijgestaan door mr. Bocxe, en de psychiater, bijgestaan door mr. Kastelein.

Mr. Bocxe en mr. Kastelein hebben de standpunten van partijen toegelicht aan de hand van een pleitnota die zij aan het Centraal Tuchtcollege hebben overgelegd. Klagster heeft haar standpunten toegelicht aan de hand van schriftelijke aantekeningen, die zij eveneens aan het Centraal Tuchtcollege heeft overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.
“(…)

2. De feiten

2.1 De zoon van klagster, E., geboren op 30 april 1997, is op 16 en 17 maart 2016 gezien voor een geplande crisisbeoordeling op de afdeling Acute Psychiatrie van F. te G. De crisisbeoordeling is gedaan op verzoek van de politie, die door de moeder van de ex-vriendin was gealarmeerd omdat E. suïcide-de-plannen zou hebben. Het consult op 17 maart 2016 is gedaan door verweerster en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, en het consult op 16 maart 2016 door een collega psychiater en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige.

2.2 E. was bekend met een psychiatrische voorgeschiedenis (waaronder een episode van somberheid en suïcidaliteit) waarvoor hij eerder was behandeld.

2.3 Na het laatste consult heeft E. zich verhangen in het bos in de buurt van zijn huis, in de avond van 17 maart 2016.

2.4. Het verslag van het contact met de crisisdienst op 16 maart 2016 vermeldt onder meer het volgende:

“Conclusie/beschrijvende diagnose

Een jongeman van 18 jaar met in de voorgeschiedenis een episode van somberheid en suicidaaliteit welke dmv een behandeling van een half jaar duidelijk is verbeterd. Echter, in het jaar hierna alweer langzaam aan stemming verslechterd; familie anamnese voor stemmingsstoornissen, mogelijk is de emotionele beschikbaarheid van ouders niet optimaal geweest en heeft dit zijn weerslag gehad op zijn persoonlijkheidsontwikkeling. Er lijkt sprake te zijn van krenkbaarheid, zwart-wit denken en matige mentalisatie, patient komt ook eenzaam over. Het suicide risico wordt op dit moment niet als hoog ingeschat, echter dat was gisteren nog wel zo, hetgeen aangeeft dat patient zwart-wit kan reageren. De openheid die hij nu heeft betracht jegens zijn vader (hetgeen nieuw is) ervaart hij als helpend en nu is er wel een hulpvraag vanuit patient zelf, nl. hoe hij zijn slechte stemming kan verbeteren.”

2.5. Verweerster heeft van haar consult op 17 maart 2016 het volgende verslag gemaakt:

“Gisteren gezien door crisisdienst g. ivm suicidaliteit. Aanwezig patient en vaderA/ Stemming conform gisteren avond, hoogtepunt zat op enkele dagen geleden. Ze waren erg geschrokken dat politie voor de deur stond. Patient is bereid tot behandeling, eerder hielpen gesprekken bij de psycholoog goed. Vader denkt dat medicatie hem zou kunnen helpen, naast gesprekken op poli. X zelf heeft geen bezwaren tegen medicatie, wil het proberen. Sociale leven is goed, studeert literatuurwetenschappen op universiteit, wat niet tegenvalt. Hij kan genieten van momenten, maar het lukt hem niet dit vast te houden. Hij weet niet of de somberheid het waard is om te leven, maar wil behandeling kans geven. PO/ Redelijk verzorgd. Hij maakt oogcontact, lijkt gespannen, beperkte mimiek, moeilijk te doorgronden. Helder bewustzijn. Aandacht is te trekken en te behouden, concentratie ongestoord. Geen hallucinaties. Denken coherent en normofreen, geen wanen. Stemming somber met matig modulerend somber affect. Psychomotoriek wat geremd en impulscontrole ongestoord. Doodsgedachten en suicidale gedachten sinds 6 maanden progressief aanwezig. Concrete suicidale plannen met voorbereidingen zijn getroffen, maar patient lijkt ook geschrokken van de reacties van anderen en zegt nu niet dood te willen. Hij lijkt onverschillig tegen het leven en de dood te staan. Hij is bereid behandeling aan te gaan en gemotiveerd hiervoor, aangezien het hem eerder ook heeft geholpen. C/ 18-jarige jongen, bekend met meerdere sombere episodes met faalangst en suicidaliteit vanaf 2007, waarbij een dysthyme stoornis en persoonlijkheidsstoornis NAO werd gesteld, die nu weer sinds ongeveer 6 maanden toenemend somber is en eerder deze week concrete suicidale plannen had. Hij groeide op in een gebroken gezin, waarbij sprake is van een familiale belasting in de vorm van depressie (vader) en ADHD (niet vastgesteld, maar vader herkent zich hierin). Van moeders kant is sprake van PTSS< ADHD en Borderline persoonlijkheidsstoornis. Bij eerder psy-chodiagnostisch onderzoek werd een zeer begaafd dysharmonisch intelligentieniveau (TIQ 132) geconstateerd waarbij van jongs af aan sprake lijkt te zijn geweest van regulatieproblemen met periode van separatieangst. Huidige klachten zijn somberheid en suicidaliteit sinds 6 maanden progressief aanwezig met eerder deze week ook concrete suicidale plannen, hoewel hij ook hierin niet standvastig lijkt. Het is een atypisch voor een depressief toestandsbeeld ivm ontbreken slechte concentratie, geen verslechtering eetlust, geen verandering slaappatroon, wel reactiviteit van de stemming en feit dat hij kan genieten van fijne momenten. Patient functioneert goed op verschillende levensgebieden, hij studeert en heeft een fijne vriendengroep. Er is een lage frustratietolerantie, zwart-wit denken, hoog streefniveau en vermijding van onbekende situaties die angst/spanning

geven, waaronder intieme contacten met anderen. De suicidaliteit wordt op dit moment als matig hoog ingeschat. Patient maakt goede afspraken en lijkt gemotiveerd voor ambulante behandeling. Overweging/ Geen evident depressief toestandsbeeld, echter wel meerdere episodes van langdurige somberheid met suicidaliteit doorgemaakt en familiair belast. Met deze overweging toch besloten antidepressivum te starten, waarbij ook genoemd moet dat als effect uitblijft, deze gestaakt moet worden. B/- Start citalopram in opbouwschema. Uitleg bijwerkingen, evt toename somberheid/angst/suicidaliteit in opbouw, duur behandeling, effect- Aanmelding JoVo-Noodnummer meegegeven voor het weekend/nacht. SPITS optie is aangeboden, maar hier wensen ze geen gebruik van te maken. – Maandag 21-03 TC en evt verhoging citalopram naa 20 mg Donderdag 24-03 herbeoordeling op CD.”

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerster:

- a. voor de beoordeling van de gezondheidssituatie van E. op 17 maart 2016 onvoldoende informatie heeft ingewonnen bij derden, onder wie de ex-vriendin van E., de moeder van de ex-vriendin, klaagster zelf, en de politie die de crisisbeoordeling had aangevraagd;
- b. het aspect van sociale steun en veiligheid - waaronder de rol van naasten - ten onrechte onjuist heeft ingeschat;
- c. de medische voorgeschiedenis van E. onvoldoende in haar oordeelsvorming heeft betrokken;
- d. onvoldoende nazorg heeft geleverd aan klaagster.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft in de eerste plaats gesteld dat klaagster, afgezien van klachtonderdeel d (voor zover zij namens zichzelf klaagt) niet-ontvankelijk is in haar klacht. Voor het geval het college dit anders zou zien heeft zij de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen gemotiveerd bestreden.

5. De beoordeling

5.1. Wat betreft de ontvankelijkheid van klaagster overweegt het college als volgt. Het Centraal Tuchtcollege heeft met betrekking tot de toepassing van artikel 65 lid 1 onder a van de Wet BIG in de zaak C2012.405 (ECLI:NL:TGZCTG:2013:130) overwogen dat het recht van een naaste betrekking om een klacht in te dienen ten aanzien van de medische behandeling van een overleden patiënt niet berust op een eigen klachtrecht van de naaste betrekking, maar op een klachtrecht dat is afgeleid van de in het algemeen veronderstelde wil van de patiënt, met als gevolg dat van belang is of degene die klaagt daardoor die veronderstelde wil van de overleden patiënt uitdrukt. Verder heeft het Centraal Tuchtcollege in deze zaak overwogen het niet de taak van de tuchtrechter te achten om in een zaak waarin een naaste betrekking van een overleden patiënt een klacht indient, ambtshalve te onderzoeken of deze de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt en dat het indienen van een klacht het oordeel rechtvaardigt dat de klagende nagelaten betrekking de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt, behoudens het geval dat er sprake is van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven daaraan te twijfelen.

5.2 Het college acht klaagster ontvankelijk in haar klacht, voor wat betreft de klachtonderdelen a tot en met c. Op het eerste gezicht lijkt het voor de hand te liggen dat het niet de veronderstelde wil van E. zou zijn geweest een klacht tegen verweerster in te dienen. Het feit dat hij kort na het consult op 17 maart 2016 een einde aan zijn leven heeft gemaakt, wijst er immers op dat hij geen zorg wilde. Zo bezien zou hij, uitgaande van dat moment, ook niet hebben willen klagen over de kwaliteit van de zorg. Gelet

echter op zijn jonge leeftijd en zijn medische voorgeschiedenis, waarin E. na opname en behandeling toch weer de draad oppakte en geruime tijd op verschillende leefgebieden redelijk functioneerde, is het college van oordeel dat mogelijk geen sprake was van een onomkeerbaar doodsverlangen. In ieder geval kan worden gesteld dat vaststelling van de wil van een patiënt met ernstige psychiatrische klachten complex en diffuus is en dat een eenduidig antwoord hierop vaak moeilijk is te geven. Om die reden gaat het college uit van de (hypothetische) situatie dat E., na behandeling, geen suïcide-wens meer zou hebben. Uitgaande van die situatie zijn er geen aanwijzingen dat E. de kwaliteit van de zorg niet zou hebben willen laten toetsen.

5.3 Voor wat betreft klachtonderdeel d zijn partijen het erover eens dat klaagster in ieder geval ontvankelijk is, voor zover zij namens zichzelf klaagt. Of zij ook namens E. kan klagen en hoe het in dat verband met de veronderstelde wil van E. zit, kan daarmee onbesproken blijven.

5.4 De slotsom van het voorgaande is dat de klacht inhoudelijk zal worden behandeld. Daarbij wordt het volgende vooropgesteld. Het college heeft er begrip voor dat het overlijden van E. voor klaagster als zijn moeder zeer aangrijpend is geweest. Toch zal ook in dit geval, waar het gaat om de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen, niet de vraag voorop staan of het handelen beter had gekund, maar moet worden beoordeeld of verweerster bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. Daarbij wordt rekening gehouden met de stand van de wetenschap ten tijde van het door klaagster klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen in de beroepsgroep ter zake als norm was aanvaard. Bovendien is van belang dat het handelen niet wordt beoordeeld met de kennis die achteraf is verkregen.

5.5 Het college ziet aanleiding de klachtonderdelen a en b gezamenlijk te behandelen. Het verwijt dat verweerster onvoldoende informatie bij derden heeft ingewonnen, is naar het oordeel van het college niet terecht. Verweerster heeft E., samen met zijn vader, bij wie hij vanaf 2008 woonde, op 17 maart 2016 gezien. Met zijn moeder had E. weinig frequent contact en hij had bij de beoordeling op 16 maart 2016 gezegd dat zijn moeder niet op de hoogte was van hoe het met hem ging. Daarentegen was het bijzonder en voor E. een positieve ervaring dat zijn vader bij de gesprekken aanwezig was. In het verleden wilde hij nooit gesprekken met zijn ouders erbij. Verweerster heeft dit opgevat en ook mogen opvatten als een verbetering van de relatie met zijn vader en daarmee als een beschermende factor. Zij heeft vader ook actief betrokken bij de diagnostiek en de behandeling. Van belang is verder dat E. ten tijde van de beoordelingen op 16 en 17 maart 2016 niet meer voldeed aan voldoende kenmerken van een depressieve stemmingsstoornis, maar juist zei geen suïcide-plannen meer te hebben en ambulante behandeling te willen. Bovendien had hij een duidelijke hulpvraag, namelijk zijn stemming verbeteren. Het was achteraf gezien misschien beter geweest als ook de ex-vriendin was bevraagd en bij de diagnostiek en de behandeling zou zijn betrokken, maar juist over het uitgaan van de relatie had E. op 16 maart 2016 gezegd dat zijn plan los stond van het uitgaan van de relatie: dit was volgens hem niet de bekende druppel. Dat verweerster niet heeft geïnformeerd bij de ex-vriendin is in ieder geval niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Nader contact met de politie was evenmin noodzakelijk, nu de informatie van de politie al was opgenomen in het verslag van 16 maart 2016 en verweerster daarvan kennis had genomen. Dat E. daadwerkelijk suïcide-plannen had is ook door hem bevestigd tijdens de beoordelingen. Los daarvan is in de dynamiek van de crisisbeoordelingen de beschikbare tijd voor het doen van onderzoek niet onbegrensd, zodat

ook om die reden kon worden volstaan met de informatie van de politie in het dossier. De slotsom is dat beide klachtonderdelen niet kunnen slagen.

5.6 Verder is niet gebleken dat verweerster de medische voorgeschiedenis onvoldoende in haar beoordeling heeft betrokken (klachtonderdeel c). Het college verwijst in de eerste plaats naar de verslagen die onder de feiten zijn weergegeven. Daaruit blijkt welke afwegingen verweerster (en de collega van verweerster de dag daarvoor) heeft gemaakt, waarin de medische voorgeschiedenis wel degelijk is meegenomen. De eerder gestelde diagnose is letterlijk te lezen in het door verweerster gemaakte verslag. De opname in het H. in 2013 wordt vermeld in het verslag van de collega van verweerster, en ook dat hij dat niet meer wilde, omdat die opname voor hem een zeer krenkende ervaring was. Hij blijkt daarentegen wel een goede ervaring met de ambulante behandeling bij F. te hebben gehad. Verweerster heeft gelet op de voorgeschiedenis en de beschikbare informatie ten tijde van de beoordelingen op 16 en 17 maart 2016, het suïcide-risico als matig hoog ingeschat en ook de aangewezen behandeling ingezet, met instructies en een herbeoordeling op korte termijn. Het was voor haar redelijkerwijs niet te voorzien dat E. tegenover haar niet de waarheid sprak waar het ging om zijn suïcide-wens, en haar, maar ook zijn vader, op het verkeerde been heeft gezet. De terecht medisch-professionele inschatting van verweerster was toen dat er afspraken met E. te maken waren en dat hij zich daaraan zou houden. Ook hier moet de conclusie zijn dat het klachtonderdeel niet kan slagen.

5.7 Over klachtonderdeel d, het geven van onvoldoende nazorg aan klaagster, wordt als volgt overwogen. Vast staat dat klaagster de dag na de suïcide aan verweerster heeft meegedeeld een klacht tegen haar te zullen indienen. In dat gesprek heeft verweerster haar medeleven geuit en een nagesprek met de betrokken behandelaren aangeboden. Klaagster wilde hier geen gebruik van maken. Voor de uitvaart heeft de vader van E. verweerster laten weten dat de aanwezigheid van behandelaren niet gewenst was door klaagster. Uit het verslag van de interne evaluatie van F. blijkt wel dat is besproken en overwogen om actief contact te zoeken met klaagster. Dat hier uiteindelijk niet voor is gekozen uit respect voor klaagster, die dit kennelijk niet wilde, is te begrijpen en levert geen tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen op. Overigens is in correspondentie nadien tussen de advocaat van klaagster en de geneesheer-directeur van F. iedere keer aangeboden het gesprek aan te gaan, al dan niet in de vorm van mediation. Klaagster wilde dit echter niet. Ook klachtonderdeel d slaagt dus niet.

5.8 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is.

Verweerster kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt (...)."

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 onder het kopje "**2. De feiten**", welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

De procedure

4.1 De oorspronkelijke klacht bestaat uit vier onderdelen door het Regionaal Tuchtcollege onder het kopje "**3. De klacht en het standpunt van klaagster**" weergegeven als klachtonderdelen a. tot en met d. Het Regionaal Tuchtcollege heeft de klacht in alle klachtonderdelen ongegrond verklaard en afgewezen. Klaagster is in principaal beroep gekomen tegen de ongegrondverklaring van de klachtonderdelen a. tot en met

c. Het beroep strekt ertoe dat laatstgenoemde klachtonderdelen alsnog gegrond worden verklaard.

4.2 De psychiater heeft gemotiveerd verweer gevoerd in het principaal beroep en tevens bij verweerschrift incidenteel beroep ingesteld. De psychiater heeft primair geconcludeerd – zakelijk weergegeven – klaagster alsnog in de klachtonderdelen a. tot en met c. niet-ontvankelijk te verklaren en haar incidenteel beroep gegrond te verklaren, dan wel subsidiair het principaal beroep van klaagster te verwerpen en de bestreden beslissing te bekrachtigen.

4.3 Klaagster heeft ten slotte gemotiveerd verweer gevoerd in het incidenteel beroep.
De beoordeling

4.4 Klachtonderdeel d. ligt in beroep niet meer ter beoordeling voor. Het Centraal Tuchtcollege zal het incidenteel beroep als het meest verstrekkende beroep eerst behandelen. Met het incidenteel beroep bestrijdt de psychiater het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat klaagster in de klacht voor wat betreft de klachtonderdelen a. tot en met c. kan worden ontvangen.

4.5 De klachtonderdelen a. tot en met c. hebben alle betrekking op de behandeling die aan E., de zoon van klaagster (hierna: de zoon), bij leven is gegeven. Klaagster beoogt als naaste betrekking van haar overleden zoon de door de psychiater aan hem verleende zorg aan een tuchtrechtelijke toets te onderwerpen.

4.6 Aan het Centraal Tuchtcollege ligt in incidenteel beroep ter beoordeling voor of klaagster terecht in haar klacht is ontvangen. In het kader van die beoordeling dient te worden onderzocht of aan klaagster als naaste betrekking van de overleden zoon klachtrecht toekomt om de kwaliteit van de aan de zoon verleende zorg tuchtrechtelijk te laten toetsen.

4.7 Ingevolge het bepaalde in artikel 65 lid 1 onder a van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) wordt een tuchtzaak aanhangig gemaakt door een schriftelijke klacht, onder meer van een rechtstreeks belanghebbende, zoals “naaste betrekkingen” van de patiënt. Volgens vaste rechtspraak van het Centraal Tuchtcollege berust het recht van een naaste betrekking om een klacht in te dienen ten aanzien van de medische behandeling van een overleden patiënt niet op een eigen klachtrecht van de naaste betrekking, maar op een klachtrecht dat is afgeleid van de in het algemeen veronderstelde wil van de patiënt, met gevolg dat van belang is of degene die klaagt daardoor die veronderstelde wil van de overleden patiënt uitdrukt. Daarbij is het in beginsel niet de taak van de tuchtrechter om in een zaak waarin een naaste betrekking van een overleden patiënt een klacht indient, ambtshalve te onderzoeken of deze de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt en rechtvaardigt het indienen van een klacht het oordeel dat de klagende nagelaten betrekking de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt. De aanduiding “in beginsel”, wordt gebruikt, omdat sprake kan zijn van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven daaraan te twifelen.

4.8 Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege is in dit geval sprake van in de vorige overweging bedoelde bijzondere omstandigheden. De stukken in het dossier en wat is besproken ter zitting bij gelegenheid van de behandeling van de klacht en het beroep leveren in onderling verband en samenhang gezien zodanige aanwijzingen op dat gerede twijfel bestaat dat klaagster met het indienen van haar klacht de wil van de overleden zoon vertegenwoordigt. Daartoe overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende.

4.9 Uit de in het geding gebrachte stukken kan worden afgeleid dat de zoon al enige tijd een suïcidewens had en dat hij deze wens kort na het consult bij de psychiater op 17 maart 2016 ook ten uitvoer heeft gebracht. Op dat moment was de zoon meerder-

jarig, terwijl niet is gesteld of gebleken dat hij wilsonbekwaam was. In het dossier zijn geen aanknopingspunten te vinden die erop duiden dat de zoon over de door F. (in het verleden) verleende zorg ontevreden was en dat hij vóór zijn overlijden op enig moment een klacht heeft willen indienen ter zake van zijn behandeling, dan wel dat hij heeft ingestemd met het indienen van een klacht of aan klaagster een volmacht heeft verstrekt om namens hem de tuchtrechtprocedure te voeren.

4.10 Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege weegt voorts mee dat uit het dossier niet naar voren komt dat de band tussen de zoon en klaagster zeer hecht was. Vaststaat dat de zoon sinds 2008 (na de scheiding van zijn ouders) bij zijn vader woonde en dat het contact tussen de zoon en klaagster sinds de echtscheiding van zijn ouders in tijd beperkt was. De laatste tijd hadden zij eenmaal per twee weken (meestal kort) contact en klaagster was niet van de (recente) situatie van de zoon op de hoogte. Verder staat vast dat naast de zoon alleen de vader bij de consulten op 16 en 17 maart 2016 aanwezig was. Klaagster heeft dit alles tijdens de mondelinge behandeling in beroep bevestigd. Tegen deze achtergrond kent het Centraal Tuchtcollege ook gewicht toe aan het feit dat uit de overgelegde stukken niet kan worden afgeleid dat de vader klaagsters klacht ondersteunt en/of dat hij na het overlijden van de zoon de aan de zoon verleende zorg in twijfel heeft getrokken.

4.11 Op grond van de hiervoor geschetste feiten en omstandigheden, in onderlinge samenhang bezien, is het Centraal Tuchtcollege, anders dan het Regionaal Tuchtcollege, van oordeel dat klaagster met het voeren van deze tuchtprocedure niet de wil van de overleden zoon vertegenwoordigt, althans dat daaraan in ieder geval een dermate grote twijfel bestaat dat dit niet aannemelijk kan worden geacht. Klaagster heeft aldus geen van de wil van de zoon afgeleid klachtrecht. Klaagster kan niet worden aangemerkt als rechtstreeks belanghebbende in de zin van de Wet BIG.

4.12 Dit betekent dat het Regionaal Tuchtcollege klaagster ten onrechte in de klachtonderdelen a. tot en met c. heeft ontvangen. Het incidenteel beroep slaagt en de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege kan niet in stand blijven. Het Centraal Tuchtcollege zal, opnieuw rechtdoende, klaagster in haar klacht betreffende klachtonderdelen a. tot en met c. niet-ontvankelijk verklaren. Dit betekent voorts dat aan een inhoudelijke beoordeling van de klachtonderdelen in het principaal beroep niet meer wordt toegekomen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verklaart het incidenteel beroep van de psychiater gegrond;

vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover klaagster in haar klacht, voor zover het de klachtonderdelen a. tot en met c. betreft, is ontvangen;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart klaagster alsnog niet-ontvankelijk in haar klacht voor zover het de klachtonderdelen a. tot en met c. betreft;

verwerpt het principaal beroep;

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 en Medisch Contact, met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: K.E. Mollema, voorzitter; H. de Hek en R.A. van der Pol, leden-juristen en A.C.L. Allertz en M.C. ten Doesschate, leden-beroepsgenoten en

J.S. Heidstra, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 16 mei 2019.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.