

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 149/2048

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 25 januari 2019 naar aanleiding van de op 21 maart 2018 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven ingekomen en aan het Regionaal Tuchtcollege in Zwolle doorgezonden klacht van

A en B, wonende te C,
bijgestaan door mr. A.M. van Schaick, advocaat te Tilburg,

k l a g e r s

-tegen-

F, psychiater,
werkzaam te E,
bijgestaan door mrs. L.A.P. Arends en L.J. Bergsma, advocaten te Nijmegen,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het verloop van de procedure blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek met de bijlagen;
- de aanvullende stukken van klager van 30 november 2018.

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 14 december 2018, alwaar klagers en verweerster zijn verschenen, bijgestaan door hun raadslieden.

Ter zitting zijn de met de onderhavige klacht verband houdende klachten behandeld tegen de psychiater D, de arts G en de gezondheidszorgpsycholoog H. Deze zaken

zijn bekend onder de nummers 148, 150 en 151/2018. In alle vier de zaken wordt op dezelfde dag uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken (waaronder het als bijlage bij de dupliek overgelegde 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 zoon van klagers, I, geboren in 2000, overleden in 2016 op 15-jarige leeftijd, verder I te noemen.

I woonde thuis samen met klagers en zijn drie jaar jongere zus. In 2009 is bij I bij GGZ J de diagnose PDD-NOS gesteld. Bij dezelfde instelling volgde psycho-educatie voor de ouders en I en twee sociale vaardigheidstrainingen.

Sinds mei 2011 vond de begeleiding van I plaats door K vanuit haar bedrijf 'L' op basis van een PGB.

Vanaf medio februari 2015 raakte I sneller geïrriteerd en toonde hij in toenemende mate opstandig gedrag waardoor er thuis regelmatig ruzies waren. I rookte, gebruikte cannabis en dronk alcohol. Verder sprak I weinig waardoor klagers moeilijk vat op hem kregen.

In juni 2015 is, na interventie van de crisisdienst, ambulante spoedeisende hulp gestart bij M te N vanwege toenemende stemmingsklachten, suïcidale gedachten en agressief gedrag. De directe aanleiding voor deze zorg was een ernstig incident waarbij I zijn ouders met een mes had bedreigd. M is een organisatie voor jeugdhulp die (intensieve) ondersteuning biedt aan gezinnen. Ambulante spoedeisende hulp bestaat uit intensieve thuisbehandeling gericht op crisisstabilisatie waarbij gedurende vier weken drie huisbezoeken per week worden afgelegd. De vervolgbehandeling bestaande uit één keer per week gezinsbehandeling is vanwege de zomervakantie niet gestart.

Op 24 september 2015 deed I een suïcidepoging. Zijn huisarts werd geconsulteerd. Deze heeft vervolgens de GGZ-crisisdienst geconsulteerd voor een psychiatrische beoordeling. Op 2 oktober 2015 heeft I met zijn ouders een intakegesprek gehad bij GGZ J in verband met de al langer bestaande toegenomen stemmingsklachten en suïcidale gedachten. De suïcidale gedachten leken te worden vergroot door de diagnose PDD-NOS, waarbij I weinig emotionele binding ervoer. Omdat er bij GGZ J op korte termijn geen plaats was voor I is hij verwezen naar de gespecialiseerde GGZ bij O in E met het verzoek de behandeling over te nemen en I op te nemen met het oog op crisisstabilisatie en diagnostiek.

O is een gespecialiseerd centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie met verschillende locaties. Het V van O helpt jongeren van (in beginsel) 10 tot 19 jaar met complexe psychiatrische problematiek met intensieve thuisbehandeling en indien nodig een korte klinische opname. De bijdrage van het gezin is een essentieel onderdeel van de aanpak. Het V biedt intramuraal High & Intensive Care (HIC). HIC is een crisismaatregel, een kortdurende vrijwillige of onvrijwillige opname gericht op stabilisatie van de crisissituatie.

Een HIC-opname kan zowel voorafgaande als tijdens Intensive Home Treatment (IHT) plaatsvinden. Het V van O biedt geen GGZ-crisisdienst. Dat wil zeggen dat geen outreachende beoordelingen worden gedaan door psychiaters bij een crisis in de thuissituatie of op het politiebureau. Daarnaast wordt intensieve thuisbehandeling aangeboden via IHT. IHT is een vier maanden durende opnamevervangende behandelvorm gericht op crisisinterventie en het voorkomen van een langdurige opname. Meerdere keren per week komt een gezinsbehandelaar (sociotherapeut) in het gezin die nauw samenwerkt met het gezin. IHT wordt eventueel in combinatie met individuele therapie gevolgd. Tijdens IHT is O permanent beschikbaar voor consultatie, advies en rechtstreekse ondersteuning.

I en klagers hebben ingestemd met een klinische opname op de HIC. Op 5 oktober 2015 heeft de intake plaatsgevonden met verweerster als hoofdbehandelaar en de arts in opleiding tot psychiater G, afdelingsarts, I en klagers. G stond aan het begin van de tweede helft van zijn specialisatie, het betrof zijn tweede periode van een halfjaar kinderen jeugdpsychiatrie en de eerste op een HIC-afdeling. De psychiater D was zijn supervisor. Die was echter tijdens de opname van I grotendeels afwezig vanwege vakantie. Verweerster trad op als zijn vervanger.

Verweerster en G hebben tijdens de intake vastgesteld dat I een 15-jarige sportieve, verzorgde en gesloten jongen was die weinig sprak en moeilijk contact maakte. Direct na opname is I begonnen met psychomotore therapie (PMT) bij het V van O. Tijdens de opname werd door middel van observaties op basis van de DSM-IV classificatie de diagnose PDD-NOS met daarnaast een stemmingsstoornis NAO en problematiek in de emotieregulatie (As-II problematiek) gesteld. Daarnaast speelde het probleem van het misbruik van middelen bij I. Bij I was sprake van woedeaanvallen en reactieve agressie. De suïcidale dreigementen en acties van I hadden de (niet zonder meer bewuste) functie om de omgeving te beïnvloeden.

Op 7 oktober 2015 heeft de sociotherapeut P klager uitleg gegeven over de werkwijze en de gedachte achter snel ontslag van de afdeling.

Tijdens een multidisciplinaire bespreking op 8 oktober 2015 waren I en klager ook aanwezig. Genoteerd is:

“As woensdag 14 okt intake IHT, besproken wat dit inhoud, hier wordt door GB (gezinsbehandelaar) vervolg aan gegeven om 11.00u I en zijn ouders laten nadenken over de invulling tot die tijd, wanneer ontslag? In ieder geval woensdag”

Op 10 oktober 2015 is in het dossier geschreven dat vader in behandeling is bij een psychiater en (psychiatrische) medicatie (risperidon) gebruikt. Verder is genoteerd: *“Kortom ouder zitten in een enorme stroomversnelling en hebben behoefte aan terug pakken regie. Ouders weten niet waar ze moeten beginnen.”*

Uit het verslag van de intake bij de IHT blijkt de hulpvraag van de ouders gericht was op het vergroten van positieve interacties in het gezin en meer regie behouden en grenzen leren stellen. De hulpvraag van I was gericht op het leren omgaan met zijn emoties, grenzen en teleurstellingen, met name met behulp van individuele PMT.

Tijdens de IHT was verweerster de hoofdbehandelaar. H was als gezondheidszorgpsycholoog behandelcoördinator. Q en R, sociotherapeuten, waren de betrokken gezins-

behandelaren. Er waren vaste evaluatiemomenten afgesproken voor het behandelplan namelijk op 2 december 2015 en op 4 januari, 1 februari en 7 maart 2016.

Het behandelcontact tussen I en de gezinsbehandelaren Q en R verliep vanaf het begin moeizaam.

Op 19 oktober 2015 noteerde Q in het dossier:

“De behandeling kan alleen werken/iets opleveren wanneer iedereen er voor gaat, dus ook I. Dat betekent dat hij zich moet commiteren, zich aan afspraken moet houden ed. Vader denkt dat het goed is wanneer we dit met I nog een keer bespreken. Met vader ook gehad over het traject van jeugdzorg wat ingezet kan worden bij onvoldoende motivatie”

Op 22 oktober 2015 schreef klaagster over de suïcidale uitingen van I aan O:

“Toch twijfel ik aan de uitspraak van I: ‘dan spring ik wel voor de trein’ Ik heb vaak het gevoel dat hij dit gebruikt om zijn zin door te drijven en ons te manipuleren. Al bij de kleinste irritaties zegt hij dit. Als hij zijn zin niet krijgt en dit zegt, reageer ik niet meer.”

Op 4 november 2015 heeft I aangegeven dat hij het niet ziet zitten en liever wil stoppen met de IHT. Tijdens het huisbezoek van Q heeft er een ernstig incident plaatsgevonden. I was agressief en vernielde diverse zaken. Via de politie is I voor een nacht opgenomen op de HIC voor een bed op recept (BOR).

De volgende dag vond er overleg plaats tussen de behandelaren.

R en H noteerden in het dossier:

“I laat zelfbepalend gedrag zien, afgelopen jaren weinig begrenzing. Nu ouders regie terugpakken en begrenzen reageert hij daar op met agressief gedrag en suïcidale uitingen. Zoals moeder eerder aangaf, lijken de suïcidale uitingen te worden ingezet als I zijn zin niet krijgt (als hij begrensd wordt) Moeder heeft aangegeven dat vader vooral gericht is op goede band met I behouden (en weinig durven begrenzen), waardoor moeder er alleen voor staat en begrenzende rol (...) I geeft aan niet gemotiveerd te zijn voor verdere behandeling. Besproken dat I goed voorgehouden wordt wat alternatief is als IHT behandeling stopt (en route jeugdzorg wordt ingezet) (...)”

Omdat Q en R geen contact kregen met I werd op 5 november 2015 afgesproken dat K voor I het aanspreekpunt werd naast de individuele PMT die I volgde bij O en de IHT-behandeling voor het gezin.

Via de ouders, K en de PMT waren de behandelaren op de hoogte hoe het met I ging.

Op 2 december 2015 heeft de eerste behandelevaluatie plaatsgevonden. De PMT verliep goed en I liet progressie zien. I vertelde geen drugs meer te gebruiken en nauwelijks te drinken. G en verweerster hebben besloten, op verzoek van klagers en in overleg met I, om te starten met risperidon met het doel I meer rust te geven in zijn hoofd.

Na de eerste behandelevaluatie IHT op 2 december 2015 noteerde H op 10 december 2015 in het dossier dat nagedacht moest worden over het traject na de IHT.

In overleg met klagers heeft O voor het eerst contact gelegd met het S.

Op 16 december 2015 noteerden Q en R in het dossier dat ze waren geschrokken van de toestand van klager. Hij gaf aan dat het niet meer lukte. Met I ging het juist beter.

Op

18 december 2015 noteerde de PMT-therapeut T in het dossier dat I hoog scoorde op welbevinden en therapietevredenheid. En G noteerde op 23 december 2015 naar aanleiding van een policontract met I samen met klagers:

“over het algemeen gaat het goed met I. Nog wel regelmatig frustraties en boosheid, maar geen grote ruzies meer thuis. Relatie met ouders is veel beter. Medicatie heeft echter geen effect, ook geen bijwerkingen. Blowt niet meer, sport 2x per week. Op school gaat het goed, soms problemen met concentratie. Ouders geven aan dat de stemming van I is verbeterd.”

Op 23 december 2015 noteerde Q in het dossier naar aanleiding van contact met K:

“K beaamt deze zorgen. Geeft aan dat ze merkt dat moeder al een aantal keren de afspraak heeft afgezegd en aangeeft dat het momenteel erg veel voor hen is. Wel geeft K aan dat ze dit al 2 maal eerder heeft meegemaakt bij het gezin en dat vader iedere keer wel is blijven ‘staan’. Verder geeft ze aan dat het fijn vindt dat wij nu betrokken zijn voor ouders. Zelf heeft ze het idee dat I het beter doet omdat hij nu ook het gevoel heeft dat hij niet alle het ‘probleem’ is. K denkt dat intensievere ondersteuning erg goed is voor ouders, maar tegelijkertijd ook erg zwaar (...)”

Op 1 februari 2016 vond de tweede behandel-evaluatie plaats. Aanwezig waren klagers, Q en R. Genoteerd is onder meer:

“Einde van het jaar was een relatief goede periode waarbij ouders aangeven dat I wat beter in zijn vel lijkt te zitten en langzaam weer dingen aan het opbouwen is. Hierbij zien we dat ondanks dat er dan meer rust is, vader moeilijk kan loskomen van de zorgen omtrent I. Dat blijft een aandachtspunt.”

Verder werd gesproken over de mogelijkheden voor hulpverlening na de IHT.

Kort na de tweede behandel-evaluatie was er sprake van een terugval bij I en zijn ouders. Op 3 februari 2016 noteerde H in het dossier:

“Er is een terugval waarbij ouders moeilijk in gesprek komen met I, hij zijn eigen gang gaat, zich net als bij aanmelding weer suïcidaal uit (hetgeen volgens ouders manipulatief wordt ingezet) en ouders zich belast voelen. Moeder heeft aangegeven dat vader zich meer gaat richten op zijn eigen behandeling, zij zich afvraagt of zij het redt met I thuis (...) ouders willen dat I elders gaat wonen. Afsproken opties te onderzoeken via gemeente (...)”

Vervolgens heeft er spoedoverleg plaatsgevonden tussen behandelaars om de mogelijkheid om I elders te kunnen laten wonen in gang te zetten. H nam met spoed contact op met het S om een indicatie te laten verzorgen. De inzet was een langdurig verblijf in een instelling voor jeugdhulpverlening.

Eind februari hebben Q en R opnieuw contact gelegd met het S voor de indicatie begeleid wonen voor I. De IHT werd met een maand verlengd tot medio maart 2016.

Het eindgesprek van de IHT heeft plaatsgevonden op 7 maart 2016 met klagers, H, Q en R. G en verweerster waren verhinderd in verband met een spoedgeval op de HIC.

Vervolgbehandeling zou plaatsvinden via S bij M of bij een andere organisatie. Het S zorgde voor de vervolgingindicatie.

Klaagster heeft op 8 maart 2016 een e-mail aan H, R en Q geschreven waarin ze haar zorgen uitlegt over de beëindiging van de zorg door O.

H heeft op 9 maart 2016 telefonisch contact gehad met klaagster over haar zorgen. H noteerde verschillende mogelijkheden voor verdere zorg en noteerde dat vanuit het IHT gezorgd zou worden voor een warme overdracht.

H heeft dezelfde dag een e-mail gestuurd naar U van het S om het vervolgbeleid vast te leggen.

Op 10 maart 2016 heeft klager telefonisch met G besproken of de medicatie (risperidon) er ook voor zou kunnen zorgen dat I meer somber is. Klager zag geen positieve effecten van de medicatie. Andere medicatie was op dat moment niet aan de orde omdat er onduidelijkheid was over het alcohol- en cannabisgebruik van I. Daarom is afgesproken om de risperidon af te bouwen.

Op 11 maart 2016 hebben Q en R in het dossier genoteerd dat de moeder van moeder (oma van I) opgenomen was in het ziekenhuis, dat het ernstig was en dat niet verwacht werd dat het nog goed zou komen. Bekend was dat deze oma belangrijk was voor I.

De afsluitende brief van de IHT en PMT van H en verweerster is gedateerd op 17 maart 2016. Daarin wordt aangegeven dat via de gemeente een verwijzing naar M in gang is gezet. Vanaf dit moment heeft geen behandeling meer plaatsgevonden bij O. O zou wel te allen tijde beschikbaar blijven voor de overdracht en vragen van I en klagers.

Op vrijdagavond 25 maart 2016 heeft klaagster om 23.30 uur naar de HIC gebeld en gesproken met de dienstdoende sociotherapeut. Klaagster vertelde dat de vriendin van I de relatie had verbroken waarna I naar het spoor was gelopen. De politie heeft I tijdig aangetroffen en naar huis gebracht. I was thuis en er bleef een vriend bij hem op de kamer slapen. De sociotherapeut adviseerde klagers afspraken te maken met I voor de nacht. De sociotherapeut achtte de situatie onder controle en zag geen aanleiding de GGZ-crisisdienst in te schakelen of andere stappen te ondernemen. Wel adviseerde de sociotherapeut klaagster om direct contact op te nemen als het niet goed ging met I of als klagers vragen hadden. Klaagster heeft niet weer gebeld.

Klagers hebben op 28 maart 2016 per e-mail laten weten dat de gezinsbehandelaren Q en R alleen welkom waren voor de geplande slotafspraak op 31 maart 2016 als zij I konden helpen. Dit was reden voor H om weer contact op te nemen met het S voor de vervolgbehandeling. Enkele dagen later had H weer contact opgenomen met het S. Het S heeft gezegd weer spoed te zullen zetten achter de aanvraag voor ambulante thuisbehandeling en uithuisplaatsing.

Op 30 maart 2016 heeft H een gesprek gehad met U van het S. Afgesproken is dat S de zorg overnam en spoed achter de verwijzing zou zetten. U is ook daadwerkelijk bij klagers in huis geweest.

R heeft in overleg met het behandelteam op 30 maart 2016 een e-mail aan klagers gestuurd waarin zij nogmaals heeft uiteengezet dat het IHT-traject bij O stopt. Verder schrijft zij in die e-mail dat voortdurend contact wordt opgenomen met het S, zodat deze zorgt voor het vervolgtraject.

Op 31 maart 2016 had R een afspraak met klaagster en heeft zij de gebeurtenissen van 25/26 maart 2016 besproken. R heeft uitgelegd dat S de regie voert over het vervolg. De IHT was afgesloten en een langere verlenging was niet geïndiceerd.

Op 4 april 2016 komt I door suïcide om het leven.

Klagers hebben een tijd later om inzage in het medisch dossier van I gevraagd. In eerste instantie heeft D klagers uitgenodigd het dossier in te komen zien met een toelichting van O. Daarop volgde een brief van de raadsman van klagers aan de Raad van bestuur, waarop de raadsman van O een nadere onderbouwing van het verzoek verlangde. In de onderhavige procedure is het dossier bij de dupliek alsnog overgelegd.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerster, zakelijk weergegeven:

- onvoldoende dossiervoering;
- dat een IHT-behandeling werd geïndiceerd, kennelijk op basis van observaties, terwijl nagelaten is te onderzoeken of aan de randvoorwaarden (dat beide ouders gezond moesten zijn) was voldaan;
- dat zij verzaakt heeft adequate behandeling tijdig in te zetten althans actie heeft ondernomen op de verslechterende gezondheidssignalen van I ondanks de signalen daarover en op de suïcidepoging van 25 maart 2016;
- de ingezette IHT-behandeling nimmer is aangepast en nooit een andere behandeling is gestart of terug- of doorverwezen, hoewel de gezinsbehandelaren geen contact hadden met I en hem niet zagen;
- dat het haar als eindverantwoordelijke heeft ontbroken aan regie en coördinatie;
- de onterechte weigering om het medisch dossier te sturen.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat de klachten niet-ontvankelijk dan wel ongegrond dienen te worden verklaard. Hierna wordt zo nodig meer specifiek op het verweer 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

Het college ziet aanleiding alle klachtonderdelen gezamenlijk te behandelen, met uitzondering van die met betrekking tot de afgifte van het dossier.

De klacht stelt onder meer het behandelstelsel aan de orde, waarbij verweerster als psychiater de hoofdbehandelaar was, H als GZ-psycholoog de behandelcoördinator en voorts (para)medici bij de behandeling waren betrokken. Het stelsel brengt enerzijds mee dat voor I en zijn ouders de zichtbare betrokkenheid van verweerster als hoofdbehandelaar minimaal is geweest (vandaar het verwijt dat behandeld werd op basis van "observaties") terwijl anderzijds verweerster bij de invulling van haar rol als hoofdbehandelaar vrijwel geheel afhankelijk was van anderen. Op zichzelf kan dit werken als alle betrokkenen achter de schermen goed contact hebben. Het dossier, dat in grote trekken adequaat is bijgehouden, biedt geen aanknopingspunt om tot de conclusie te kunnen komen dat dit niet het geval is geweest. Maar beide bovengenoemde bezwaren blijven daarmee wel overeind in die zin dat het veel inspanning kost een dergelijk stelsel goed te laten werken. Naar het oordeel van het college is de (stelsel)behandeling toereikend geweest. Het vormde het meest intensieve programma dat O in huis had. Ook al was het contact met I suboptimaal en kregen vader (en moeder) hun eigen problemen, ter zitting is gebleken dat er in feite geen andere (individuele) behandeloptie was. Tijdig is vanuit de behandelaars de noodzaak van (de keuze van) een vervolgtrajekt aangekaart bij de ouders. Dat pas in een vrij laat stadium een definitieve keuze - voor uithuisplaatsing - werd gemaakt, kan verweerster niet worden tegengeworpen. Daarna is telkenmale bij het S aangedrongen op het in gang zetten van een vervolgtrajekt. Dat dit moeizaam verliep kan verweerster evenmin worden tegengeworpen. Deze klachtonderdelen zijn dus ongegrond.

5.3

Anders is dit wat betreft de wijze waarop de behandeling is beëindigd. Er was sprake van een in feite chronisch suïcidale 15-jarige jongen met een complexe psychiatrische problematiek en met problemen in het gezinssysteem. Daarbij komt dat bij transitiemomenten, zoals hier van de IHT naar het S, het suïciderisico oploopt, alsmede na ernstige verliezen zoals hier de ernstige ziekte van oma en het uitgaan van de relatie van I. De 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag' biedt handvatten voor de behandeling bij suïcidaal gedrag. Zeker in een situatie als hierboven geschetst diende regelmatig de suïcidale toestand te worden onderzocht en diende op basis daarvan een veiligheidsplan (ook wel crisis- of signaleringsplan genoemd) te worden gemaakt dat zowel de ouders als I steun zou bieden hoe te handelen. Dat de suïcidale toestand van I regelmatig is onderzocht (volgens de CASE-methodiek) is ter zitting wel gesteld, maar uit het dossier kan dit niet worden afgeleid. Verder is er na de HIC-opname geen actueel veiligheidsplan meer opgesteld, hetgeen des te meer noodzakelijk was na de beëindiging van de behandeling. Dit is verweerster als hoofdbehandelaar aan te rekenen en in zoverre is de klacht gegrond.

5.4

Bij de gang van zaken rond het verzoek om afgifte van het dossier is verweerster hooguit in die zin betrokken geweest, dat zij naar eigen zeggen mogelijk inzage en beantwoording van vragen heeft aangeboden. Als eerste reactie op een verzoek om inzage/afgifte is dit niet verwijtbaar.

5.5

Bij de beoordeling van de maatregel betreft het college dat begin 2016 nog veel onduidelijk was over de (on)mogelijkheden van de gemeente als verantwoordelijke voor de Jeugdzorg. Verder dat verweerster ter terechtzitting te kennen heeft gegeven dat zij zich dit door het gebeuren heeft gerealiseerd en inmiddels structureel overleg heeft met de ketenpartners in de Jeugdzorg zodat zij hier beter zicht op heeft en kortere lijntjes heeft. Verder heeft verweerster aangegeven dat zij thans als hoofdbehandelaar meer persoonlijk betrokken is bij de behandeling. In die zin heeft het gebeuren, hoe triest ook, reeds geleid tot datgene waarvoor het tuchtrecht mede is bedoeld: bewaking en verbetering van de gezondheidszorg. Al met al ziet het college aanleiding om te volstaan met de constatering dat de klacht ten dele gegrond is zonder oplegging van een maatregel.

5.6

Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal op de hieronder aangegeven wijze bekendheid worden gegeven aan deze beslissing.

6. DE BESLISSING

Het college:

- verklaart de klacht in bovengenoemde zin gegrond is en verstaat dat geen maatregel wordt opgelegd;
- 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 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht', 'Gezondheidszorg Jurisprudentie', alsmede 'Medisch Contact'.

Aldus gegeven door A.L. Smit, voorzitter, M.H. Braakman en A.A.G van den Ende, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 25 januari 2019 door A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van 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 aan-
gelegenheid uit hoofde van de hun toevertrouwde belangen aangaat.

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