

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 185/2014

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 18 maart 2016 naar aanleiding van de op 2 oktober 2014 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,
bijgestaan door mr. M.M.J.P. Michiels, advocaat te Wijchen,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, psychiater, werkzaam te B,
bijgestaan door mr. J.S.M. Brouwer, verbonden aan DAS-rechtsbijstand te Amsterdam,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Dit blijkt uit het volgende:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de aanvulling op de repliek met de bijlage;
- de dupliek.

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 5 februari 2016, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder in persoon vergezeld door hun gemachtigden.

Klaagster heeft met deze klacht verband houdende klachten ingediend tegen de verpleegkundigen D en E. Deze klachten zijn respectievelijk bekend onder de nummers 221 en 237/2014. Deze zaken zijn gelijktijdig maar niet gevoegd behandeld. In alle zaken wordt tegelijk uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

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

Klaagster, een alleenwonende vrouw, geboren in 1956, is op vrijdag 18 januari 2013 aangemeld door haar huisarts bij de crisisdienst van L, instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Om 16.30 uur heeft de verpleegkundige van de crisisdienst, F, in het intake-verslag genoteerd als reden van aanmelding:

“huisarts meldt aan. Cl. is gezien samen met haar dochters. Laatste tijd toenemend somber. bekend met borderline persoonlijkheidsstoornis en angsten, behandeld bij het G. Ook zou er sprake zijn van dissociatie. Nu erg wanhopig, uit zich suïcidaal. Dochters maken zich veel zorgen. (...)”

Verder is onder meer genoteerd: *“Cl. wil hulp om haar verleden te verwerken.”*

Als verloop van de crisisinterventie is genoteerd:

“De twee dochters en hun partners zijn aanwezig bij het gesprek. Cl. doet een groot beroep op haar dochters, ze voelt zich eenzaam en doelloos en mailt haar dochters regelmatig dat ze zich niet goed voelt. De dochters maken zich zorgen, zijn betrokken maar voelen zich ook belast.

Cl. zelf is zich hiervan bewust maar lijkt het niet te kunnen veranderen. Ze blijft vast zitten in negatieve gedachten en haar traumatische jeugd. In het verleden heeft ze gedissocieerd, maar dat is nu niet meer. Recent is zij haar baan kwijtgeraakt bij de gemeente. Ze is goed opgeleid en werkte in de schuldhelpverlening. Door andere leidinggevende is zij op een zijspoor gezet. Cl. gedijt goed bij structuur, dat mist zij nu. Ze komt dan ook tot niets. Als ik doorvraag doet zij nog wel zo het een en ander, bedrijfjes helpen met de financiën, wandelen en tennissen.

Er lijkt een verstoorde dynamiek tussen moeder en de dochters, dochters noemen haar A. Ze tikken moeder ook op de vingers over het versturen van de vage mailtjes die van alles kunnen betekenen. Niet geheel onterecht.

Cl. heeft een sombere mimiek, kijkt hulpeloos en claimend. De BPS dynamiek is voelbaar, cl. doet een vaag beroep op je. Ze heeft geen duidelijke hulpvraag. Ik spreek af om de volgende dag terug te komen.”

Op zaterdag 19 januari 2013 heeft de verpleegkundige F klaagster weer bezocht. Zij heeft met klaagster afgesproken dat klaagster op maandag 21 januari 2013 zou worden gebeld om een afspraak met de verpleegkundige te maken op vrijdag 25 januari 2013.

Dat is ook gebeurd. Op woensdag 23 januari 2013 heeft klaagster echter zelf al de verpleegkundige F gebeld.

F noteerde in het dossier:

“Cl. belt, is veel aan het piekeren, veel sombere gedachten. Wat met haar gesproken, gezegd het te moeten ondergaan niet naar oplossingen willen zoeken.”

Op donderdag 24 januari 2013 heeft klaagster haar huisarts bezocht. Hij heeft klaagster doorverwezen naar de crisisdienst voor beoordeling en behandeling.

De huisarts noteerde in de verwijsbrief:

*“S CBR: Met vriend H op SU. Bekend bij L. Morgen afspraak met S crisisdienst, trekt het niet tot dan. Al gebeld met hen, zouden vandaag S terugbellen. Ziet het niet meer zitten, geen doelen meer. Gevaar voor S omgeving, rookt om 5 min sigaret, vallen soms, gevaar voor brand. Dat vindt ze S nog ergst, maar heeft geen plan S voor suicide, wist ze het maar zegt ze. Wil S dood, geeft ze herhaaldelijk aan.
S Traumatische jeugd, dissociatieve stoornis, slecht huwelijk gehad. Slaapt slecht. S Zegt medicatie op te gaan sparen als ze die zou krijgen.
O Mat, later opgewekte glimlach, daarna huilen.
O Vertelt reëel.
E Depressie met suïcidale gedachtes
P O/m I: pte mag vandaag 15.15u op spreekuur komen crisisdienst*

Probleemlijst:

01-40 Depressie

06-09 PAAZ CWZ: Opname ivm angst en depressie

Relevante gegevens uit de correspondentie:

031212

231112

Hierbij geef ik u de DSM IV classificatie zoals die is opgesteld na opname van 2009 op de PAAZ

Classificatie DSM IV:

As I : Depressieve stoornis,

Recidiverend, ernstig, zonder psychotische kenmerken (296.33) (andere hulpverleners verschilden van mening en vonden wel psychotische kenmerken.)

As II Borderline en theatrale trekken.”

Verweerder heeft klaagster die middag gezien, samen met de verpleegkundige F.

Verweerder noteerde in het dossier:

“Clte gezien met een vriend, samen met F. Ze is goed verzorgd, en imponeert ouder dan kalenderleeftijd. Er is een heel verleden, met aanpassingsstoornis, en –dissociaties-, veel huilen en gedragingen etc. Clte lijkt wel duidelijk aan te geven, dat ze vanaf kerstmis sterk is terug is gelopen. Voelt zich inwendig rot, leeg, en zeer somber. Heeft geen eetlust, en slaapt verstoord. Huilt veel, en heeft taedium Vitae, en verlangen naar dood en versterving. Passieve suïcidale ideaties. Clte verkeert qua leefsituatie in een overgang van ziekte naar WIA. Het hoe, wat of waarom is nog niet duidelijk. Ze was voorheen gemeenteambtenaar, voor schuldsaneringszaken etc. Clte gedraagt zich

tussen, adequaat, tot zeer regressief, en geagiteerd, soms geexalteerd. Het lastige is, dat ze altijd een bepaald persoonlijkheidsprofiel toont, en toonde, maar zeer wel lijkt er nu sprake van een gesuperponeerde depressie met sterk regressieve aspecten. Wij kiezen eerst voor crisisbed, en wanneer nodig een verlenging. M.i. starten met antidepressivum, citalopram 20mg en als stabilisator, en slaapverbeteraar –olanzepine 5mg vesp. Geef clte nu lab-form mee voor alg. bloedonderzoek.

Werkdiagnose: depressieve stoornis, met randpsychotische of regressieve kenmerken. Verder een persoonlijkheidsprofiel met cluster B kenmerken. Alleenstaande vrouw met volwassen kinderen. Levensfaseproblemen.”

Klaagster is die avond opgenomen op een crisisbed. De dienstdoende psychiater heeft klaagster gezien en de medicatie die verweerder had voorgesteld overgenomen en, met dien verstande dat de Olanzepine 5 mg alleen voor de nacht zo nodig aan klaagster is voorgeschreven.

In het verpleegkundig dossier is op 24 januari 2013 's avonds genoteerd:

“Afgesproken dat ze hier voor maximaal 5 dagen wordt opgenomen, om tot rust te komen, structuur als houvast.”

Op vrijdag 25 januari 2013 is klaagster gezien door de arts-assistent in opleiding tot psychiater J.

Deze noteerde in de decursus als beleid:

“continueren crisisbed en huidige medicatie. Geadviseerd afleiding te zoeken en olanzepine a.n. standaard in te nemen. Aanvraag KPT [kortdurende psychiatrische thuiszorg, RTC Zwolle] in gang zetten. Besproken dat pte in weekend dagelijks gezien wordt door RCD en maandag ook opnieuw (mw heeft dan afspraak UWV op 9.00, zal dit laten doorgaan)”.

De psychiater K heeft op 25 januari 2013 een aanvraag gedaan voor KPT. In deze aanvraag is genoteerd dat het cliëntsysteem al overbelast raakte. Verder is genoteerd dat onduidelijk was hoe de crisisopname zich zou gaan ontwikkelen en dat het mooi zou zijn als de KPT na ontslag kon starten.

Op 25 januari 2013 is in het verpleegkundig dossier genoteerd dat klaagster een euthanasieprocedure wilde starten. En 's avonds werd genoteerd dat klaagster hier helemaal niet wilde zijn maar dat het thuis ook niet ging. Verder noteerde de verpleegkundige dat ze klaagster even had gehoord in haar verhaal en dat ze *“er wat onder was gaan zitten”*.

In de nacht van 25 op 26 januari 2013 wilde klaagster, zo blijkt uit de aantekening in het verpleegkundig dossier, naar huis. Haar is toen geadviseerd dat overdag nog eens te overwegen.

Op zaterdag 26 en zondag 27 januari 2013 is klaagster gezien door de verpleegkundige van de crisisdienst E.

Deze noteerde in de decursus op 26 januari 2013 ondermeer:

“[...] theatrale en zuigende presentatie.[...]cl. doet beroep op de toehoorder om oplossingen aan te dragen. Stelt zich extreem afhankelijk op. Cl. keuze gelaten wat ze met haar huidige toestandsbeeld wenst te doen.[...]”

En op 27 januari 2013 ondermeer:

"[...]Cl. herhaald een gedwongen opname te overwegen. Wat uitleg hierover gegeven. Cl. zegt op ondoorleefde en mede daardoor op theatrale wijze suïcidaal te zijn. Mogelijkheid bestaat dat cl. opname zelf zal arrangeren door gedragingen te laten zien die een noodzaak voor opname rechtvaardigen. Morgen laatste opname dag. In de ochtend overwegen of er nog een ftf contact ter afsluiting geïndiceerd is."

In het verpleegkundig dossier is op 27 januari 2013 door een andere verpleegkundige genoteerd dat *"ze had gehoopt dat ze langer opgenomen kon blijven, maar ze begrijpt dat het niet helpt"*.

Op maandag 28 januari 2013 is klaagster gezien door de verpleegkundige van de crisisdienst D. Deze noteerde ondermeer:

"Cl op crisisbed gezien en gesproken. Is ernstig ontregeld en in paniek. Had zich op de afdeling al op de vloer laten vallen. Geeft te kennen te willen worden opgenomen, desnoods gedwongen. Ze denkt alle grip op haar leven te zijn kwijtgeraakt. Ze levert zich helemaal in en denkt niet meer te kunnen. In het gesprek is ze adequaat in contact en laat zich makkelijk afleiden. Ze zoekt steeds bevestiging."

Na overleg met de achterwacht, verweerder, is besloten klaagster naar huis te laten gaan en haar aan te melden voor KPT en toe te leiden naar zorg voor persoonlijkheidsstoornissen.

D heeft overleg gehad met een dochter van klaagster. Hij noteerde:

"Zij snapt dat opname niet geïndiceerd is. Haar enige uitleg gegeven en handvatten hoe met haar om te gaan. Zij is overbelast door situatie maar is zeer bereid om te overleggen en wil bij gesprek aanwezig zijn op RCD om moeder te steunen."

D maakte een afspraak voor klaagster en haar dochter de volgende dag, 29 januari 2013 op de crisisdienst en heeft de medicatie voor klaagster gefaxt naar de apotheek van klaagster.

In het dossier van de opname van klaagster zijn ongeveer 20 verschillende personen betrokken geweest. Ongeveer 10 verschillende personen hebben notities gemaakt in het dossier.

Na haar ontslag is klaagster samen met haar dochter op dinsdag 29 januari 2013 op de crisisdienst gezien door de verweerder.

Hij noteerde onder meer:

"Clte heeft nog duidelijk regressieve en claimende neigingen, maar is al wel rustiger en beheerster, dan vorige week. Een opname vond ze niets, maar thuis zijn ook niet. Het blijkt dat clte in haar goede doen zeer actief en ondernemend is, en graag allerlei voortouwen neemt. Nu is het winter, en lijkt haar accu leeggelopen. Ziet alles negatief. We noemden evt. KPT als ondersteuning. Haar dochter lijkt een stevige en reële kijk op de dingen te hebben. Voorlopig is het fase nul of een half. Olanzepine wordt opgehoogd."

Verweerder sprak controle af over een week.

Op donderdag 31 januari 2013 om 14.03 uur noteerde de verpleegkundige D in de de-cursus:

“HA meldt cl. aan. Zou zich suïcidaal uiten en wenst interventie. Na overleg afgesproken dat ik cl bel en naar bevinden handel. HA erkent dat cl zeer appelerend is aan zorg. Ik bel cl. Ze is gestopt met medicatie en doet een dringend appel op zorg. Wil opname. Eronder gebleven en haar uitgelegd dat medicatie nu noodzakelijk is. Afgesproken dat ze medicatie neemt en morgen weer met elkaar overleggen voor vervolg (10.00 u.)”

En verder noteerde D:

“HA belt om 15.00 u. Cl heeft ernstige suicide poging gedaan. Zich met spiritus overgoten en in brand gestoken. 40% verbrand. Ligt op ic en wordt zsm overgebracht naar M.”

Klaagster is dezelfde dag overgeplaatst naar het brandwondencentrum in M. Klaagster is daarna in psychiatrische behandeling (geweest). In dat kader is zij ook opgenomen geweest. Sinds 8 januari 2016 is zij weer thuis.

Verweerder heeft naar aanleiding van de suïcidepoging van klaagster op 29 april, op 18 juni en op 17 september 2013 rapportages opgesteld.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij is tekortgeschoten in de zorg ten opzichte van klaagster en haar kinderen doordat hij geen goed hulpverlener-schap heeft verleend. Meer specifiek verwijt klaagster verweerder dat:

- de multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (hierna: MDR) niet is gevolgd;
- er geen (voorlopig) behandelplan was opgesteld;
- klaagster tegen haar wil werd ontslagen en dit terwijl zij nog niet goed was ingesteld op de medicatie;
- er geen crisis- of veiligheidsplan was opgesteld;
- dat de nazorg na het ontslag van klaagster onvoldoende was. De afspraak met de crisisdienst was niet nagekomen en de KPT was wel aangevraagd maar daar was een wachtlijst voor;
- de dochters van klaagster onvoorbereid werden ingezet bij de nazorg;
- er onvoldoende inzicht was bij de inschatting van het suïciderisico;
- het dossier onvoldoende werd bijgehouden;
- in de rapportages met betrekking tot de suïcidepoging van klaagster veel onjuist-heden zijn geschreven.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat de tegen hem ingediende klacht on-gegrond is. Voor zover nodig wordt hierna 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

Verder merkt het college op dat het verweerder niet te verwijten is dat de MDR, die dateert van 2012, begin 2013 nog niet was geïmplementeerd bij de crisisdienst. Het college wijst evenwel op het volgende.

Klaagster werd op 24 januari 2013 op verwijzing van de huisarts opgenomen in de kliniek op een bed van de crisisdienst. Bij de opname van klaagster waren zowel de crisisdienst als de kliniek betrokken. Verweerder verklaarde ter zitting dat de verantwoordelijkheid voor de behandeling van klaagster een gedeelde verantwoordelijkheid was tussen de kliniek en de crisisdienst. De verantwoordelijkheid voor het behandelplan lag bij de crisisdienst en de verantwoordelijkheid voor het ontslag was een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de crisisdienst en de kliniek. Het college acht een dergelijke organisatie van het hoofdbehandelaarschap te diffuus en daarmee ongewenst. Het college verwijst in dat verband naar de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van 2010 waarin expliciet staat dat te allen tijde duidelijk moet zijn wie de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening.

5.3

De betrokkenheid van verweerder bij de behandeling van klaagster bestond uit twee directe contacten met klaagster, één op 24 en één op 29 januari 2013 en een indirect contact op 28 januari 2013 toen verweerder als achterwacht voor D met hem contact heeft gehad over klaagster.

Met betrekking tot het contact op 24 januari 2013 overweegt het college het volgende. Verweerder heeft van dit contact verslag gedaan in het dossier zoals in rubriek 2 van deze beslissing is weergegeven.

Een psychiatrisch onderzoek dient te vermelden: de reden voor het onderzoek, de speciële anamnese, de algemene psychiatrische anamnese, gebruik en misbruik van (genees)middelen, psychiatrische voorgeschiedenis, psychiatrische familieanamnese, somatische anamnese, sociale anamnese, biografische anamnese, heteroanamnese, psychiatrisch onderzoek in engere zin, differentiaaldiagnose, syndroomdiagnose en structuurdiagnose, diagnostische classificatie en een behandelplan.

Het verslag van verweerder is niet overeenkomstig die normen gestructureerd. Zo ontbreken bijvoorbeeld de anamnese, de voorgeschiedenis, is het psychiatrisch onderzoek onvoldoende, ontbreekt een differentiaal diagnose, de conclusie en het beleid.

In het geval een dergelijk onderzoek niet op de dag van opname kan worden uitgevoerd, is dat te billijken maar dan had dat wel de volgende dag dienen te gebeuren. Dat is echter niet het geval geweest.

Verweerder heeft op 24 januari 2013 in het dossier genoteerd *‘Wij kiezen eerst voor crisisbed, en wanneer nodig een verlenging’*.

Wat er aan is gedaan om meer zicht te krijgen op het psychiatrisch ziektebeeld van klaagster en de eventuele noodzaak om de opname te verlengen blijkt niet uit het dossier en kon verweerder ter zitting evenmin verduidelijken. Een (voorlopig) behandelplan ontbreekt. In die zin schiet de dossiervoering tekort. Het college heeft er begrip voor dat in de enkele dagen van klaagsters opname niet een volledig uitgewerkt behandelplan kan worden opgesteld maar, daar waar in ongeveer vier dagen ongeveer (zo verklaarde verweerder ter zitting) 20 mensen bij de zorg voor klaagster zijn betrokken, is het ontbreken van zelfs maar een begin van een behandelplan onwenselijk. Niet gebleken is dat er met klaagster een werkrelatie is opgebouwd gedurende de opname en dat klaagster met de gekozen behandeling heeft ingestemd. Met andere woorden het ontbrak aan informed consent.

Het college acht de aan klaagster voorgeschreven medicatie zowel wat betreft het middel als de dosering juist. Niet duidelijk is echter in hoeverre klaagster ook was voorgelicht over deze medicatie, welk beleid was afgesproken en of een en ander ook werd gemonitord.

Verder ontbreken aanwijzingen dat klaagster en/of haar dochter(s) psycho-educatie heeft/hebben gekregen. Klaagster verklaarde in dat verband ter zitting dat ze van de hele opname 'niets had begrepen'.

5.4

Het ontslag van klaagster valt niet aan te merken als gedwongen ontslag maar wel als een ontslag tegen haar wil. De argumenten waarom klaagster tegen haar wil werd ontslagen zijn in het dossier niet terug te vinden. Uit het dossier lijkt op te maken dat de vrees voor regressief gedrag van klaagster het argument was om haar te ontslaan. De interventies die zijn toegepast zijn meer passend bij de borderlineproblematiek dan bij de diagnose depressie met (rand)psychotische kenmerken. Een suïcide-risicotaxatie is niet gedaan. D heeft op 28 januari 2013 contact opgenomen met verweerder om met hem te overleggen over het ontslag. Genoteerd is dat besloten is tot ontslag. De reden voor het ontslag is verder niet expliciet genoteerd. Verder is niet aannemelijk gemaakt dat de reden voor het ontslag met klaagster was besproken en dat ervoor was gezorgd dat de situatie voor klaagster thuis veilig was. De KPT was wel aangevraagd maar nog niet duidelijk was wanneer de zorg in dat kader zou starten en uit het overleg met een dochter van klaagster had het verweerder duidelijk moeten zijn dat zij haar moeder niet veel zorg kon geven nu zij al overbelast was. Daarmee was het systeem van klaagster onvoldoende georganiseerd om haar op dat moment te ontslaan.

5.5

Verweerder heeft klaagster en haar dochter de dag na haar ontslag, op 29 januari 2013, op de crisisdienst gezien. Verweerder was van oordeel dat het 'voorlopig fase nul of een half was'. Ter zitting verklaarde hij dat hij hiermee bedoelde dat er nog geen grote plannen konden worden gemaakt.

Verweerder sprak controle af over een week. Het college acht deze controle, gegeven het systeem dat hiervoor is beschreven en gegeven het feit dat de KPT nog niet was gestart, volstrekt onvoldoende.

Bij de verdere zorg voor klaagster is verweerder niet betrokken geweest.

5.6

Wel heeft verweerder naar aanleiding van het incident dat plaatsgevonden heeft op 31 januari 2013 gerapporteerd op 29 april, op 18 juni en op 17 september 2013.

Op 29 april 2013 heeft verweerder gerapporteerd aan de eerste geneeskundige van L. Op 18 juni 2013 heeft verweerder nogmaals aan hem gerapporteerd, nu in het format van de IGZ en op 17 september 2013 heeft verweerder een herziening van de rapportage van 18 juni 2013 gemaakt. Deze drie rapportages verschillen op diverse punten van wat is genoteerd in het dossier van klaagster. Zo schrijft verweerder in zijn laatste rapportage: *“De screening en risicotaxatie bestond hieruit dat cliënte geregeld anamnesticch ondervraagd werd naar haar toestandsbeeld en er natuurlijk werd gelet op de bevindingen bij psychiatrisch onderzoek.(...) Ook omdat cliënte zeer wisselend gemotiveerd was, werd uiteindelijk met haar besloten om aan te sturen op ontslag. Dit in samenspraak met haar dochters. Deze dochters zouden cliënte aan huis ondersteunen en de regionale Crisisdienst zal ambulante behandeling voortzetten.”*

Zoals blijkt uit deze beslissing is dit een weergave van de feiten die niet gesteund wordt door het dossier. Van met klaagster, in samenspraak met haar dochters, besluiten tot ontslag was geen sprake. Evenmin als van het feit dat de dochters van klaagster haar zouden ondersteunen na het ontslag. Het college rekent dat verweerder aan. Verder kan een eerste melding bijna drie maanden na een incident niet als tijdig worden aangemerkt.

5.7

De conclusie van het college is dat verweerder in de hierboven beschreven zin op meerdere punten is tekortgeschoten in de zorg die hij ten opzichte van klaagster behoorde te betrachten. Verweerder is tekortgeschoten in de diagnostiek, de behandeling, bij het ontslag, in zijn dossiervoering en met betrekking tot de rapportages naar aanleiding van het gebeurde op 31 januari 2013. In die zin is de klacht dus gegrond. Dit tekortschieten betreft het wezen van verweerders beroepsuitoefening. Het college acht dat dan ook ernstig verwijtbaar. Daar komt bij dat verweerder noch in de stukken noch ter zitting er blijk van heeft gegeven dat hij inziet dat hij niet juist heeft gehandeld, laat staan dat hij er lering uit heeft getrokken. Het college is na ampele overwegingen tot de conclusie gekomen dat nog volstaan kan worden met een berisping, mede aangezien verweerder niet eerder in aanraking is geweest met de tuchtrechter.

6. DE BESLISSING

Het college berispt verweerder.

Aldus gedaan door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, T.S. van der Veer en A.A.G. van den Ende, leden-arts, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 18 maart 2016 door mr. A.L. Smit, voorzitter, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris.

voorzitter

secretaris

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

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

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