

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 093/2009

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

**Beslissing d.d. 19 augustus 2010 naar aanleiding van de op
31 maart 2009 ingekomen klacht van**

A, wonende te B,

k l a a g s t e r

-tegen-

C, psychiater, werkzaam te B,

**bijgestaan door mr. J.S.M. Brouwer, werkzaam bij DAS
rechtsbijstand te Amsterdam,**

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Klaagster heeft een klaagschrift ingediend. Verweerder heeft een verweerschrift ingediend. Klaagster heeft gerepliceerd, verweerder heeft afgezien van dupliceren. Het mondelinge vooronderzoek, waarvan proces-verbaal is opgemaakt, is gehouden op 13 maart 2009. Verweerder is hierbij, met kennisgeving, niet verschenen. De zaak is behandeld ter openbare zitting van 9 juli 2010, alwaar zijn verschenen klaagster en verweerder, de laatste bijgestaan door zijn gemachtigde.

Ter zitting is tevens de klacht behandeld tegen een collega van verweerder. In die zaak wordt onder nummer 059/2009 afzonderlijk uitspraak gedaan.

2. DE FEITEN

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

Klaagster is in haar jeugd ernstig misbruikt. Zij is bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis (BPS) en een post-

traumatische stressstoornis (PTSS) waarvoor zij langdurig is/wordt behandeld. Klaagster is gehuwd en heeft drie kinderen, haar echtgenoot heeft drie kinderen uit een eerder huwelijk. Verweerder werkt als psychiater bij GGZ-instelling D, locatie E te B waar klaagster vele malen opgenomen is geweest. Tot 2006 was verweerder verbonden aan de afdeling kliniek. De opnames van klaagster betroffen veelal kortdurende crisisopnames waarbij er regelmatig sprake was van inbewaringstelling (IBS). Klaagster is in de periode 2002 tot 2006 diverse keren gezien door verweerder. Er was hierbij echter geen sprake van een vaste behandelrelatie. Verweerder was in die periode psychiater van de opnameafdeling van E. Vanuit zijn rol als dienstdoend psychiater van de 24-uurs acute dienst heeft verweerder klaagster een aantal keer gezien en was verweerder tijdens de opnames tijdens die diensten voor klaagster verantwoordelijk. Na 2006 heeft verweerder nimmer meer met de behandeling/opname van klaagster te maken gehad.

De hoofdbehandelaar van klaagster was de collega van verweerder, F, die klaagster ambulante behandelde. F heeft klaagster behandeld middels het voorschrijven van medicatie, veelal uit de groep antidepressiva, antipsychotica en benzodiazepines.

Omdat klaagster vanaf het jaar 2001 diverse keren gedwongen en vrijwillig opgenomen is geweest werd op 13 maart 2003 een rechterlijke machtiging (RM) aangevraagd. Op 15 april 2003 is het ambulante behandelplan van klaagster gewijzigd in verband met de uitgeschreven RM voor een half jaar. De behandeling werd gericht op het stabiliseren en stoppen van zelfbeschadigend gedrag van klaagster. F was verantwoordelijk voor de medicatiebegeleiding. Op 10 juni 2003 is de RM ingetrokken.

Het medisch dossier vermeldt hierover: *'RM ingetrokken omdat er een machtsstrijd ontstond. Cliënte zoekt steeds de strijd op de afdeling; opnieuw weer duidelijk dat hoe meer restrictie, hoe meer conflict'*.

In de periode van 30 juni 2003 tot 25 september 2003 ging het dusdanig slecht met klaagster dat er wegens suicidepogingen diverse keren IBS moest worden uitgeschreven. Op 2 oktober 2003 heeft er een groot overleg plaatsgevonden met diverse behandelaars ten aanzien van het beleid met betrekking tot klaagster. Hierbij was F aanwezig. Besloten werd om terughoudend om te gaan met het uitschrijven van IBS. Alleen

wanneer er een ernstige acute dreiging voor de psychische gezondheid van de kinderen optrad zou IBS worden uitgeschreven in verband met de tijd die nodig was om de kinderen van klaagster elders onder te brengen. Wanneer klaagster zich suïcidaal zou gedragen zou niet ingegrepen worden. Het medisch dossier vermeldt in een brief aan de voor- en achterwachten van de crisisdienst: *'Zoals jullie bekend is cliënte reeds langer bekend met regelmatig de situatie waarin beoordeling vanuit de crisisdienst noodzakelijk is en in veel gevallen ertoe wordt overgegaan om cliënte gedwongen te laten opnemen. Het bieden van bescherming heeft er echter in de afgelopen periode toe geleid dat cliënte steeds meer regressief gedrag ging vertonen, i.p.v. het door ons gewenste gedrag waarin cliënte verantwoordelijk blijft voor eigen gedrag. [...] We spraken de huidige situatie waarin het beleid vanuit de ambulante behandeling toch vooral is om geen IBS af te geven met uitzondering van het uiterste geval waarin dat vanwege ernstig gevaar voor de kinderen niet anders kan. Dat wil dus zeggen dat wanneer cliënte zich suïcidaal uit, of gedragingen vertoont richting suicide [...] er niet ingegrepen zal worden. Bij levensbedreigende situaties zal in het kader van de WGBO somatisch worden behandeld, ook bij weigering van patiënte [...]'.*

Op 29 januari, 5 februari en 19 februari 2004 vermeldt het medisch dossier boosheid van klaagster, omdat er in haar beleving niet genoeg werd gedaan door de behandelaars. Klaagster wilde met een IBS opgenomen worden. Klaagster verzuimde een aantal keren op een afspraak te komen waarbij haar duidelijk werd gemaakt dat als ze te vaak niet zou komen het contact zou worden beëindigd. Het dossier vermeldt: *'[...] terugkerend thema: in de steek gelaten voelen als je niet in haar visie meegaat. [...] Situatie blijft zorgelijk voor de kinderen'.*

In het voorjaar van 2004 is er bij de zoon van klaagster een hersentumor geconstateerd waardoor de situatie van klaagster verslechterde. Van 16 tot 17 juni 2004 werd klaagster met IBS opgenomen in E in verband met tentamensuïcide. Klaagster had insuline ingespoten. Op 17 juni 2004 werd de IBS opgeheven en mocht klaagster met ontslag. De ontslagbrief, geschreven door verweerder, vermeldt: *'Patiënte gaf aan naar huis te willen, maar had wel behoefte aan extra sederende medicatie om enkele dagen uit te kunnen rusten [...]'.*

De medicatie is niet gewijzigd behoudens Lorazepam 2 mg 3 dd 1 (voor 2 dagen)'.

Op 24 september 2004 heeft klaagster vrijwillig om een opname gevraagd in verband met toenemende depressieve gedachten en neiging tot automutileren. Door verweerder werd besloten klaagster kort op te nemen en vervolgens met haar te evalueren.

Op 30 september 2004 vermeldt het dossier: '*recent weer escalaties, incidenten met de crisisdienst, dwingt opnames af [...]'*

Van 19 oktober tot en met 25 oktober 2004 is klaagster opgenomen op de gesloten afdeling van E in verband met een tentamensuicide met een overdosis medicatie. Tijdens de opname werd besloten dat een IBS nodig was waarna klaagster zich opnieuw suïcidaal uitte en enkele keren werd gesepareerd. Op 25 oktober 2004 is de IBS opgeheven en is klaagster met ontslag gegaan. Verweerder heeft een ontslagbrief geschreven voor de huisarts.

Op 26 oktober 2004 is klaagster driehoog van een flat gesprongen waarbij ze haar hielen heeft gebroken. In verband hiermee is klaagster van 19 oktober tot en met 25 oktober 2004 opgenomen geweest op de gesloten afdeling van E.

Op 17 november 2004 was een overleg gepland met klaagster en echtgenoot om overeenstemming te bereiken over een behandelplan, maar dit overleg werd door klaagster afgebeeld. Enkele dagen hierna kwam echtgenoot van klaagster langs waarbij afspraken zijn gemaakt ten aanzien van zijn dreigende houding en werd een overleg gepland voor 24 november 2004. Verweerder was, samen met F en andere behandelaars, bij dit overleg aanwezig. Tijdens het overleg werd opnieuw gesproken over het dreigende, ontoelaatbare gedrag van klaagster. Andere thema's die tijdens het gesprek aan de orde kwamen waren het ontbreken van een concreet behandelplan, de impasse in de huidige behandeling en de slechte prognose voor wat betreft de toestand van klaagster. Klaagster en haar echtgenoot gaven aan zeer ontevreden te zijn over de behandelingen en ze vonden dat de crisisdienst hen niet serieus nam of niet kwam opdagen wanneer dat nodig was. Klaagster heeft de wens geuit van hulpverlener te willen veranderen en wilde zich aanmelden in de borderlinekliniek G te H.

Op 1 december 2004 heeft klager telefonisch aan F gevraagd de benzodiazepines af te bouwen omdat ze minder geheugenproblemen wilde hebben en meer helderheid in haar handelen. F besloot de diazepam 2 mg per week af te bouwen.

Op 2 december 2004 hebben verweerder, F, en de overige behandelaars van klager opnieuw een gesprek gehad met klager en haar echtgenoot. Hierbij zijn geen concrete behandeldoelen afgesproken in verband met de ongunstige prognose van klager. Op 9 december 2004 heeft een afsluitend gesprek plaatsgevonden met klager waarna klager de hulpverleners van E zou laten weten wanneer zij een nieuwe hulpverlener gevonden zou hebben.

Op 24 februari 2005 heeft een teambespreking in E plaatsgevonden omdat klager aangemeld was bij G waar het volgende advies was uitgebracht: *'RTC met alle betrokken hulpverleningsinstanties, om realistische aanpak te realiseren'*. In E werd volgens het dossier een behandelplan opgesteld:

'RTC onder begeleiding van ons. Daarna: opname bij G ter stabilisering om daarna herstart te maken in deze regio. Overleg crisisdienst/crisisplan van aanpak. Inventarisering mogelijkheden en onmogelijkheden als voorbereiding op RTC.'

Op 7 juni 2005 vond ter voorbereiding op klagers behandeling bij G een groot overleg plaats tussen verweerder en overige behandelaars van E. Klager en haar echtgenoot waren hierbij aanwezig. Er werden crisisafspraken gemaakt en een individueel behandelplan afgesproken. Klager heeft deze afspraken niet ondertekend.

Nadat het bijna twee jaar redelijk goed was gegaan met klager werd zij van 29 augustus tot 22 september 2006 en van 26 september tot 11 oktober 2006 opnieuw met IBS opgenomen in E. Klager was ernstig suïcidaal. Verweerder vermeldt in zijn ontslagbrief aan de huisarts: *'patiënte ge-*

bruikt af en toe diclofenac. Verder heeft ze de laatste twee jaar geen medicatie gebruikt [...] Medicatie bij ontslag: olanzapine 1dd10 mg, lorazepam 1dd 2,5 mg. [...] Advies: patiënte wil een week na ontslag vanwege de mogelijke extra inspanningen die dit met zich mee zou kunnen brengen, de medicatie continueren en deze vervolgens uitsluipen, hetgeen wij uiteraard steunen. [...] Hoewel heropname met dwangmaatregel in de toekomst zeker niet valt uit te sluiten zullen deze toch zoveel mogelijk vermeden dienen te worden daar dit tot nu toe alleen tot verergering van haar suicidaliteit, herbelevissen en regressief gedrag heeft geleid'.

3. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- het volgende:

- dat hij niets heeft gedaan met de medicatie;
- dat hij zonder noodzaak heeft gesepareerd;
- dat hij met geweld heeft gesepareerd en klaagster heeft platgespoten, en waarbij klaagster niet de kans kreeg zich zelf om te kleden.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder heeft geconcludeerd tot niet ontvankelijk verklaring althans afwijzing van de klachten. Verweerder heeft daartoe - kort en zakelijk weergegeven- zowel bij verweerschrift als ter zitting het navolgende aangevoerd.

Tijdens de crisisdiensten is hij weliswaar verantwoordelijk geweest voor de medicatie, maar het gebruik is om de medicatie zoals de ambulant hoofdbehandelaar die heeft vastgesteld ook tijdens crisisopname voort te zetten en alleen dan te wijzigen indien daarvoor evidente noodzaak bestaat. Daarvan was geen sprake. Van zonder noodzaak separeren is geen sprake geweest. Bovendien is het verplegend personeel verantwoordelijk voor het feitelijk uitvoeren daarvan. Verweerder weet nog wel dat door het geweld dat aan de zijde van klaagster werd gebruikt ook nogal eens stevig moest worden opgetreden door het verplegend personeel, waarbij geweld niet steeds te vermijden was.

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

Verweerder heeft alleen tijdens de opnamen van klaagster tijdens crisisdiensten in de periode van 2002-2006 meerdere malen, verweerder meent ca. 8 keer, met klaagster te maken gehad. Het is juist, zoals verweerder ter zitting heeft aangegeven, dat de hoofdbehandelaar, die patiënten ambulante behandeld, in beginsel verantwoordelijk is voor het medicatiebeleid en bij een crisisopname alleen in bijzondere situaties dat beleid wordt aangepast/gewijzigd, omdat de crisisopname is gericht op een kortdurende opname van één of enkele dagen en het voortzetten van de ambulante behandeling.

Klaagster heeft, ondanks verzoeken van het college ter zitting, niet enigszins concreet aangegeven wanneer verweerder de medicatie volgens haar had moeten aanpassen.

Klaagster heeft evenmin - desgevraagd - concreet gemaakt wanneer in de jaren 2002-2006 van onterecht separeren sprake zou zijn geweest. Het college kan de juistheid van die algemeen geformuleerde klacht derhalve niet toetsen, zodat dit klachtonderdeel dient te worden afgewezen. Klaagster heeft wel een incident in 2009 met betrekking tot het separeren gedetailleerd beschreven, doch toen was verweerder niet haar behandelaar, zodat hij voor die separatie niet verantwoordelijk kan worden gehouden.

5.3

Voor zover de klacht is gericht tegen de uitvoering van het separeren, onder meer voor wat betreft het omkleden, dient die te worden afgewezen omdat de verantwoordelijkheid voor de wijze waarop de separatie plaatsvindt bij de verpleging en niet bij verweerder ligt.

5.4

Gelet op hetgeen hiervoor is overwogen zijn de klachten ongegrond en dienen zij derhalve te worden afgewezen.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klachten af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. E.W. de Groot, voorzitter, mr. dr. J.C.J. Dute, lid-jurist, S. Tiemersma, J.J.C.M. Rooijmans-Rietjens en J.N. Voorhoeve leden-geneeskundigen,

in tegenwoordigheid van mr. G.E. Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 19 augustus 2010 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.