

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2010.170

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2010.170 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,  
gemachtigde: C., wonende de Leusden.

tegen

D., psychiater, werkzaam te E., verweerder in beide in-

stanties,

gemachtigde: prof.mr. W.R. Kastelein, advocaat te Utrecht.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klaagster - heeft op 28 oktober 2008 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen D. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam heeft de klacht doorgezonden naar het Regionaal Tuchtcollege Zwolle, waar de klacht is ingekomen op 20 januari 2009.

Bij beslissing van 20 mei 2010, onder nummer 003/2009 heeft laatstgenoemd College de klacht afgewezen.

Klaagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De psychiater heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 21 april 2011, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door

C. voornoemd, en de psychiater, bijgestaan door prof.mr. W.R. Kastelein.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

#### "2. DE FEITEN

*Op grond van de stukken, waaronder het medisch dossier, en hetgeen ter zitting naar voren is gekomen dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.*

*Klaagster was de echtgenote van de heer F., geboren op 7 januari 1969 en overleden op 27 oktober 2006, verder ook patiënt te noemen.*

*Klaagster en haar man zijn afkomstig uit G.; patiënt zou daar in 1993 in een oorlogssituatie hebben verkeerd maar heeft daarover nooit willen verklaren. Zij zijn in 1999 van daar naar Nederland gevlucht, waar ze in verschillende AZC's hebben verbleven, aanvankelijk in de provincie H. en later in B.. Hun verzoek tot een verblijfsvergunning is eind 2006 aanvankelijk afgewezen maar na de dood van haar echtgenoot heeft klaagster met de kinderen een verblijfstatus gekregen. In het kader van deze procedure heeft het Bureau Medisch Adviseur (BMA) 2 rapporten uitgebracht, het laatste d.d. 14 september 2006.*

*De psychiatrische voorgeschiedenis van patiënt in Nederland vermeldt 2 opnames bij I. te J.:*

*-een opname van juni tot december 2001 in verband met hallucinaties, angst, depersonalisatie en derealisatie, en*

*-een opname van 23 februari tot en met 25 maart 2005 vanwege een depressie met psychotische kenmerken; genoteerd werd dat patiënt bekend zou zijn met een Post Traumatische Stress Stoornis (PTSS).*

*Patiënt is sinds 3 april 2006 bekend bij het Sociaal Psychiatrisch Centrum (S.P.C.) in E., welk centrum deel uitmaakt van de Symfora groep te E.. Het jaar daarvoor was de psychische toestand van patiënt achteruit gegaan.*

*Patiënt werd ambulante begeleid door de verpleegkundige K. van de Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT) en behandeld door de psychiater L.. Hoofdbehandelaar bij opname was verweerder.*

*Van 29 mei 2006 tot en met 12 juli 2006 was patiënt op verwijzing door het S.P.C. opgenomen in het psychiatrisch ziekenhuis M. te E. dat ook deel uitmaakt van de Symfora groep (verder M.). Patiënt werd opgenomen op de afdeling N.. Die afdeling is een onderdeel van het Symfora behandelprogramma Transmurale Langdurige Psychiatrie (T.L.P.). De afdeling functioneerde als een voortzetting of uitbreidingsmogelijkheid in het behandelbeleid van reeds gediagnosticeerde patiënten die ambulante werden behandeld voor langdurige psychiatrische problemen. Alleen patiënten die al bekend waren in o.a. het S.P.C. in E. kwamen voor opname op die afdeling in aanmerking.*

*N. was een 'open' afdeling met twaalf plaatsen. Agressiviteit, suïcidaliteit en verslavingsgedrag waren contra-indicaties voor opname op die afdeling.*

*Eindverantwoordelijk psychiater was verweerder.*

*De reden van de (vrijwillige) opname van patiënt op 29 mei 2006 was de klinische behandeling betreffende een catatoon toestandsbeeld omdat het niet lukte patiënt daarvoor ambulante te behandelen.*

*Bij opname bleek het niet mogelijk een anamnese bij patiënt af te nemen. Hij was bijna catatoon en imponeerde als zeer angstig. Ook sprak hij zeer gebrekkig Nederlands.*

*Medicatiewijziging resulteerde in enige verbetering in zijn toestand. Patiënt begon met anderen te spreken en vertoonde bij momenten sociaal gedrag. Patiënt wilde naar huis en het lukte niet hem te overreden tot langer verblijf, zodat hij op 12 juli 2006 werd ontslagen. Voordat patiënt met ontslag ging werd er vanwege klachten van druk op de borst op 11 juli 2006 een ECG gemaakt.*

*De conclusie in de ontslagbrief vermeldt: "Psychotisch toestandsbeeld, met angst en catatonie. In deze fase van zijn behandeling is het niet goed mogelijk om een betere beschrijving van zijn problematiek te geven. Men veronderstelt PTSS.*

*Het lijkt aan te bevelen zijn medicatie zeer geleidelijk te herzien, m.i. in de richting van verdere afbouw/staken van zijn SSRI, afbouw van Seroquel en opbouw van Haloperidol. T.z.t toevoeging van een TCA. Eventueel verhoging van de dosering Topamax. Bovenstaande dient m.i. plaats te vinden op basis van zeer frequente controle op bijwerkingen en effect."*

*Op 24 oktober 2006 's middags, werd patiënt wederom opgenomen in M.. De reden van de opname was het motiveren tot adequaat medicatiegebruik en instellen op medicatie. Tevens zou de opname er toe dienen klaagster tijdelijk te ontlasten.*

*Op donderdagmiddag 26 oktober 2006 had verweerder een gesprek met patiënt dat ongeveer een uur duurde. Patiënt klaagde toen onder meer over zijn medicatie, hij had klachten van druk op de borst en dacht dat dit door de medicatie kwam. Ook maakte hij melding van een brief die zijn vrouw had ontvangen en dat hij niet wist waar die over*

ging. Bij navraag door verweerder bleek dit een brief van de IND te zijn met het (tweede) advies van het BMA waarin werd aangegeven dat behandeling voor zijn problematiek mogelijk was in zijn land van herkomst. Deze brief bleek vóór de opname met het echtpaar te zijn besproken door de heer L..

Tijdens dit gesprek waren er voor verweerder geen aanwijzingen dat patiënt suïcidale gedachten of plannen had. Hij heeft dit expliciet aan de orde gesteld.

Op vrijdag 27 oktober 2006 vroeg patiënt om 20.00 uur zelf om een gesprek met de verpleging. In dit gesprek gaf hij aan het erg moeilijk te hebben met zijn situatie.

Rond 22.00 uur ging een verpleegkundige naar zijn kamer om te zien hoe het met hem was en vond hem overleden. Hij had zichzelf opgehangen aan zijn kledingkast door middel van zijn bedlaken.

Naar de doodsoorzaak is onderzoek gedaan door de recherche en de heer O., forensisch geneeskundige verbonden aan de GGD Midden Nederland. Deze schrijft in zijn brief van 11 december 2007 aan klaagster: "Ik kan u op vrijwel alle vragen een antwoord geven. De vraag over de door u genoemde "naaldplek" echter niet. Ik heb daarover contact gehad met de technische recherche van de politie, waarmee ik het onderzoek heb gedaan. Dat wil zeggen dat er door ons niets is vastgelegd over een "naaldplek", terwijl wij het gehele lichaam hebben onderzocht."

De heer L., die tevens klaagster in behandeling heeft, heeft klaagster in het asielzoekerscentrum bezocht en geïnformeerd. Nazorg voor klaagster en haar kinderen vond plaats door hem en het S.P.C..

Daarnaast heeft verweerder 3 keer een gesprek gehad met klaagster; het laatste gesprek heeft plaatsgevonden op 18 september 2007.

Ook heeft klaagster een klacht ingediend bij de klachtencommissie van de Symfona groep tegen verweerder en de heer L.. Deze klacht is bij uitspraak van 2 februari 2007 afgewezen.

### 3.DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij onvoldoende zorg heeft betracht jegens patiënt doordat hij:

- a. niet direct na de opname is gestart met een gerichte behandeling en heeft nagelaten een startdiagnose te stellen, terwijl volgens de IND-dossiers sprake was van een noodsituatie,
- b. op de meeste vragen die op 18 september 2007 zijn gesteld niet heeft kunnen antwoorden (niet procesmatig en ook niet inhoudelijk) omdat hij zich niet of onvoldoende op de hoogte heeft/had gesteld van de casus van patiënt; verweerder bleek ook geen kennis te hebben van zijn ziektegeschiedenis, van de relevante IND-dossiers en de PIT-rapportages,
- c. de verwachtingen van klaagster en haar kinderen heeft miskend die waren gewekt bij de opname,
- d. geen kennis van, dan wel ervaring heeft met specifieke stoornissen als gevolg van oorlogstrauma's en geen extra expertise heeft ingeschakeld,
- e. heeft volhard in uitsluitend een behandeling met medicatie en geen cognitieve gedragstherapie heeft ingezet,
- f. nooit enige uitleg of verklaring heeft gegeven over het zichtbaar aanwezig zijn van een soort "naaldplek" op de rechteronderarm van patiënt.

### 4.HET VERWEER

Verweerder heeft zijn medeleven betuigd aan klaagster, en zich op het standpunt gesteld dat hem tuchtrechtelijk geen verwijt valt te maken.

*De diagnose was bij de tweede opname bekend en verweerder heeft geprobeerd opnieuw een behandelrelatie met hem op te bouwen. De noodsituatie waarvan volgens het BMA sprake was bestond kennelijk al ten tijde van dat advies, op 11 oktober 2005. Bovendien moet deze term niet worden verward met een noodzaak tot spoedeisend psychiatrisch ingrijpen bij een patiënt in een crisissituatie.*

*Tijdens het gesprek van 18 september 2007 heeft verweerder alle vragen van klaagster beantwoord, maar klaagster accepteerde geen enkel antwoord. Uit het medisch dossier blijkt dat verweerder bij de behandeling van patiënt was betrokken, ook tijdens zijn eerdere opname, zodat hij wel degelijk op de hoogte was van de situatie van patiënt. Bij aanmelding van patiënt waren er geen aanwijzingen dat aanvullende informatie van zijn PIT-verpleegkundige relevant zou zijn. Van de brief van de IND had patiënt in het gesprek op 26 oktober 2006 tegenover verweerder ontkend dat hij de inhoud kende. Een goede zorg was ook voor verweerder het uitgangspunt voor de behandeling. Het verlenen van goede zorg kan echter geen honderd procent garantie zijn dat onverwachte gebeurtenissen tijdens de behandeling niet kunnen voorkomen.*

*Verweerder heeft voordat hij is gaan werken bij de Symfora groep veel patiënten met PTSS behandeld toen hij als psychiater was verbonden aan het P.-Centrum te E.. Ook was hij als deskundige onder meer betrokken bij patiëntenbeoordelingen, behandelingen en informatie voorzieningen betreffende PTSS voor de ICODO (Informatie, Coördinatie en Documentatie Centrum voor Oorlogsgetroffenen).*

*Volgens verweerder kwam patiënt niet in aanmerking voor cognitieve gedragstherapie omdat deze therapie alleen resultaat kan geven wanneer een patiënt hiertoe in staat is om te spreken over zijn traumatische ervaringen en over de gevoelens die hij daarbij heeft, hetgeen bij patiënt niet het geval was.*

*Ten aanzien van de "naaldplek" heeft verweerder aangevoerd dat hij die plek niet heeft gezien bij patiënt, en dat er in ieder geval nooit opdracht is gegeven tot het geven van infusen dan wel injecties. Hij verwijst ook naar de brief van de heer O. en naar het feit dat de politie geen reden vond tot verder onderzoek.*

## **5.DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE**

### **5.1**

*In deze trieste zaak verwijt klaagster verweerder kort gezegd dat hij heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij als psychiater behoorde te betrachten jegens patiënt, en daarmee tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.*

*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 houdende 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.*

*Uit het medisch dossier blijkt dat verweerder als hoofdbehandelaar sinds de eerste opname van patiënt op 29 mei 2006 betrokken is geweest bij de behandeling van patiënt. Patiënt was toen catatoon en angstig. Het ging hier om een ernstig ziektebeeld, PTSS in combinatie met een psychose, een toestandsbeeld waarvan bekend is dat de behandeling zeer moeizaam is. Dat dat ook bij patiënt het geval was blijkt ook uit de notie van klaagster dat patiënt steeds verder achteruitging.*

*Uit hetgeen naar voren is gekomen uit de stukken en de behandeling ter zitting blijkt, naar het oordeel van het college, dat tegen deze achtergrond verweerder een betrokken behandelaar is geweest en dat er een goede ketenzorg is verleend, afwisselend am-*

*bulant en klinisch, waarbij tevens zoveel mogelijk rekening is gehouden met patiënt en met zijn gezin.*

*Bij de tweede opname, op 24 oktober 2006, bleek het toestandsbeeld van patiënt nog steeds overeenkomstig de ontslagsituatie bij zijn vorige opname en bleek hij zelfs beter in staat om te communiceren. Hoewel er geen aanwijzingen voor suïcidaliteit waren, noch van patiënt zelf noch vanwege feiten uit zijn voorgeschiedenis, heeft verweerder in zijn gesprek van 26 oktober 2006 patiënt gevraagd naar eventuele suïcidale gedachten, maar daarvan is hem toen niet gebleken.*

*5.2*

*Het college zal nu ingaan op de verschillende klachtonderdelen.*

*Ad a.*

*Zoals hierboven al aangegeven was de opname op 24 oktober 2006 een vervolg op de eerdere opname in M. en de daaropvolgende ambulante behandeling door het S.P.C., waarbij sprake was van een psychotisch toestandsbeeld, met angst en catatonie. Bij de opname op 24 oktober 2006 was het beeld nog steeds overeenkomstig de ontslagsituatie bij de vorige opname. De reden van de tweede opname was instelling op medicatie en ontlasting van de thuissituatie, en niet een "noodsituatie".*

*Zoals verweerder terecht heeft opgemerkt was de "medische noodsituatie", waarvan het BMA spreekt, de situatie omstreeks 11 oktober 2005 en niet die op 24 oktober 2006. Bovendien moet een "medische noodsituatie" niet worden verward met een noodzaak tot spoedeisend psychiatrisch ingrijpen bij een patiënt in een crisis-situatie.*

*Ad b.*

*Kennelijk is er een verschillende beleving bij beide partijen van het gesprek van 18 september 2007. In ieder geval blijkt uit het medisch dossier dat verweerder zelf intensief bij de behandeling betrokken was, en heeft het college op grond van de stukken en hetgeen ter zitting naar voren is gekomen geen aanleiding te veronderstellen dat verweerder zich onvoldoende op de hoogte heeft gesteld van de situatie van patiënt. Dat verweerder de inhoud van de PIT-rapportage niet kende noch het IND-dossier, maakt niet dat gezegd kan worden dat verweerder onvoldoende zicht had op de ziektegeschiedenis van patiënt.*

*Dat verweerder de brief van de IND niet kende ten tijde van het gesprek met patiënt komt omdat patiënt daarover niet heeft gesproken met verweerder, dit in tegenstelling tot de heer L. die vóór de opname de inhoud ervan heeft vernomen, deze heeft besproken met patiënt en klagster, en patiënt vervolgens in overleg met hen heeft laten opnemen.*

*Ad c.*

*Zoals hierboven reeds opgemerkt is het college van oordeel dat verweerder een betrokken en zorgvuldige behandelaar is geweest. De suïcide van patiënt is voor iedereen in zijn omgeving onverwacht geweest. Verweerder heeft patiënt de dag tevoren nog gevraagd naar suïcidale gedachten maar vond daarvoor geen aanwijzingen. Nu ook overigens niet is gebleken dat verweerder objectieve aanwijzingen hadden bereikt dat patiënt suïcidaal zou zijn, maakt dat hem ook op dit punt geen verwijt kan worden gemaakt*

*Ad d.*

*Verweerder heeft dit punt voldoende weerlegd door te wijzen op zijn arbeidsverleden.*

*Ad e.*

*Gezien het feit dat patiënt gedurende de jaren dat hij in Nederland was niet of nauwelijks heeft willen/kunnen spreken over zijn traumata en het feit dat hij ook moeite had met*

*communiceren in het algemeen, lag een cognitieve gedragstherapie niet voor de hand. Bovendien leek door de medicatie wel verbetering op te treden, patiënt was immers minder catatoon en angstig geworden.*

*Ad f.*

*Nu de forensisch deskundige met de technische recherche het gehele lichaam van patiënt heeft onderzocht na zijn dood maar niets heeft vastgelegd over een “naaldplek” heeft het college geen aanleiding te oordelen dat verweerder op dit punt verwijtbaar heeft gehandeld.*

5.4

*De conclusie van het college is dat, hoe triest de afloop in deze zaak ook is geweest, deze naar het oordeel van het college niet te wijten is geweest aan verweerder. Verweerder is niet tekortgeschoten in de zorg die hij als psychiater jegens patiënt behoorde te betrachten zodat de klacht als ongegrond zal worden afgewezen”.*

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 In hoger beroep heeft klaagster de klacht herhaald en nader toegelicht.

4.2 De psychiater heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat de kern van het verwijt van klaagster is dat de psychiater en de verpleging ondanks het feit dat patiënt zeer ernstig ziek was en bovendien in de avond van vrijdag 27 oktober 2006 aan de verpleging heeft laten weten dat hij het erg moeilijk had met zijn situatie en dat hij “aan het leven niets meer aan vond”, onvoldoende oplettend zijn geweest en onvoldoende zorg hebben betracht, als gevolg waarvan patiënt suïcide heeft kunnen plegen.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege stelt voorop dat bij deze patiënt sprake was van een langdurig en ernstig psychiatrisch ziektebeeld, met enkele eerdere opnames in het verleden. In het gesprek dat de psychiater had met patiënt op donderdagmiddag 26 oktober 2006 waren er geen aanwijzingen dat patiënt suïcidale gedachten of plannen had, de psychiater heeft dit expliciet aan de orde gesteld. Patiënt was ook niet bekend met eerder suïcidaal gedrag. Van de inhoud van de brief van de IND die tijdens dit gesprek aan de orde is geweest was de psychiater niet op de hoogte, de heer L. had deze informatie niet aan hem doorgegeven en patiënt gaf zelf aan dat hij niet wist waar de brief over ging. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege vormde ook de mededeling van patiënt aan de verpleging op vrijdagavond 27 oktober 2006 dat hij het erg moeilijk had met zijn situatie en dat hij “aan het leven niets meer aan vond” niet een voldoende concreet en duidelijk signaal dat bij patiënt op dat moment sprake was van een acuut suïcidegevaar. Deze mededeling van patiënt paste bij zijn reeds vele jaren aanwezige depressieve gemoedstoestand en hoefde bij de verpleging geen alarmbellen te doen rinkelen. Dat achteraf moet worden vastgesteld dat dit gevaar er kennelijk wel was, maakt niet dat de verpleging en/of de psychiater verwijtbaar hebben gehandeld.

De behandeling van de zaak in hoger beroep heeft het Centraal Tuchtcollege ook voor het overige geen aanleiding gegeven tot de vaststelling van andere feiten en tot andere beschouwingen en beslissingen dan die van het Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg, zodat het beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:  
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mrs. A.D.R.M. Boumans en J.M.T. van der Hoeven-Oud, leden-juristen en mr.drs. R.H. Zuiderhoudt en prof.dr. P.P.G. Hodiamont, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 16 juni 2011, door mr. A.H.A. Scholten, in tegenwoordigheid van de secretaris.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.