

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2010.108

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2010.108 van:

A., psychiater, wonende te B.,
principaal appelland, verweerder in eerste aanleg,
verweerder in het incidenteel beroep,
gemachtigde: mr. H.W.P.B. Taminiau, advocaat te Tilburg

tegen

C.,
D.,
wonende te E.,
en
F.,
wonende te B.,
verweerders in het principaal beroep, klagers in eerste

aanleg,

appellandten in het incidenteel beroep,
gemachtigde: mr. A. van Tol, advocaat verbonden aan
Rechtsbijstand te Zoetermeer.

SRK

1. Verloop van de procedure

C., D. en F. - hierna klagers - hebben in juni 2009 bij het Regionaal Tuchtcollege te 's-Gravenhage tegen A. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 16 maart 2010, onder nummer 2009 0 107 heeft dat College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en de psychiater voor het gegrond verklaarde gedeelte de maatregel van waarschuwing opgelegd.

De psychiater is van die beslissing voor zover gegrond verklaard tijdig in hoger beroep gekomen. Klagers hebben een verweerschrift, tevens beroepschrift in incidenteel beroep ingediend. Van de psychiater is in het incidenteel beroep een verweerschrift ontvangen.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 21 april 2011, waar zijn verschenen C. en D., bijgestaan door mr. A. van Tol voornoemd, en de psychiater, bijgestaan door mr. H.W.P.B. Taminiau voornoemd. F. is niet ter terechtzitting aanwezig.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

"2. De feiten

G., dochter en zuster van klagers (hierna patiënte) werd sinds februari 2007 behandeld in het H.-Ziekenhuis te I.. Van maart tot mei 2007 is zij daar opgenomen geweest naar aanleiding van twee pogingen tot zelfdoding, door strangulatie en door een overdosis medicatie. In november 2007 en in maart-april 2008 is zij wederom opgenomen geweest. Zij leed aan een depressie bij bipolaire stoornis en werd ingesteld op medicatie. Op 15 mei 2008 deed zij opnieuw een poging tot zelfdoding door een overdosis medicatie. Zij wilde niet worden opgenomen. Besloten werd tot ambulante behandeling door een crisisdienst van de GGzE. Op 4 juni 2008 werd patiënte, na een nieuwe suïcidepoging door strangulatie, op advies van de crisisdienst rond 23 uur vrijwillig opgenomen in een gesloten afdeling (PAAZ) van het J.-Zieken-huis te B.. De eerste beoordeling werd verricht door K., arts in opleiding tot psychiater. Op 5 juni 2008 werd onderzoek gedaan en een risicotaxatie gemaakt door mevrouw L., arts in opleiding tot psychiater, die vaststelde dat patiënte sinds ongeveer een maand haar medicatie, waaronder lithium, niet meer slikte en weigerde te hervatten. Patiënte zei op dat moment geen suïcidegedachten te hebben en met ontslag te willen. Besloten werd dat patiënte onder begeleiding van verpleging of familie kortdurend van de afdeling af mocht (vrijheden III) en zou deelnemen aan een therapieprogramma. Behalve een slaapmiddel werd geen medicatie voorgeschreven.

Op 6 juni 2008 werden de vrijheden uitgebreid van III naar IV: verlof onder begeleiding van familie en vrienden. Op 7 juni 2008 kreeg patiënte bezoek van haar ex-man en op 8 juni 2008

ging zij ondermeer uit met haar broer en diens vriendin. Op 9 juni 2008 werd patiënte door de verpleging huilend aangetroffen na een telefoongesprek met haar ex-man. Rond etenstijd werd patiënte vermist. Tijdens het bezoeken, toen de moeder van patiënte op de afdeling was, kwam het bericht dat patiënte van een flatgebouw was gesprongen met dodelijke afloop. Diezelfde avond is er een gesprek geweest tussen klagers, mevrouw L., de dienstdoend psychiater M. en een verpleegkundige. Op 13 juni 2008 heeft de vader van patiënte samen met de vertrouwensman een gesprek gehad met de arts als verantwoordelijke psychiater, mevrouw L. en het hoofd van de kliniek. Bij brief van 23 juni 2008 heeft de arts het overlijden van patiënte gemeld bij de inspectie voor de geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Daarin heeft hij ondermeer geschreven dat er sinds de ingebruikname van het gebouw in februari 2008 problemen zijn geweest met de sluiting van een aantal deuren, waarbij de deur optisch dicht is maar niet op slot zit, en dat patiënte zeer waarschijnlijk zelf de deur heeft kunnen openen en zo de afdeling ongezien heeft kunnen verlaten.

3. De klacht

Klagers verwijten de arts dat de arts in zijn hoedanigheid van eindverantwoordelijk psychiater nalatig is geweest door:

- 1) ondanks de wetenschap dat de deuren niet goed sloten, geen of onvoldoende actie te ondernemen om het gebrek op te lossen;
- 2) niet binnen 24 of desnoods 48 uur na de opname zelf contact met patiënte te zoeken, terwijl zij toch ernstig suïcidaal was;
- 3) onvoldoende begeleiding/sturing van de artsen in opleiding tot specialist (AIOS) en verpleegkundigen in de behandeling van patiënte (uit het dossier blijkt niet van overleg over bijvoorbeeld vrijheden en medicijnen; de ernst van de situatie is onderschat);
- 4) onvoldoende begeleiding op de afdeling, ondermeer doordat patiënte na het telefoongesprek met haar ex-man niet adequaat werd opgevangen en

5) *pas vier dagen na het overlijden voor het eerst een gesprek te voeren met de nabestaanden en niet te zijn ingegaan op het verzoek om een eerder gesprek.*

4. Het standpunt van de arts

De arts is voorzitter van de functiegroep psychiatrie binnen het J.-Ziekenhuis. De functiegroep bespreekt de patiënten dagelijks in een een ochtend- en een middagbespreking, waaraan het afdelingshoofd of de waarnemend voorzitter deelneemt met de behandelaar, therapeut en verpleegkundige van die dag. Ten tijde van de opname van patiënte was de arts de enige beschikbare psychiater. Na de intake werd hij telefonisch geraadpleegd door mevrouw K., de volgende dag besprak mevrouw L. met hem de bevindingen van haar onderzoek en haar risicotaxatie. De arts was eindverantwoordelijk voor de behandeling van patiënte.

Ad 1) De arts wist niet dat zich problemen hadden voorgedaan met de sluiting van de deuren en kan ook niet verantwoordelijk worden gesteld voor dit logistieke probleem, dat de technische dienst en de raad van bestuur van het ziekenhuis betreft.

Ad 2) De arts acht de methode van intake door de AIOS met dagelijkse terugkoppeling naar de psychiater in beginsel nog steeds adequaat, maar nu wordt iedere opgenomen patiënt binnen 24 uur door een psychiater gezien.

Ad 3) Er is wel degelijk overleg geweest over medicatie en vrijheden tussen de AIOS en de arts.

Ad 4) Na het telefoongesprek met haar ex-man heeft patiënte nog deelgenomen aan de therapie. Daaruit kwamen geen signalen naar voren dat zich een ernstig probleem had voorgedaan. Ad 5) De arts erkent dat hij zelf contact had moeten opnemen met de nabestaanden vóór 13 juni en dit niet had mogen overlaten aan een AIOS. Daarvoor heeft hij zijn verontschuldiging aangeboden.

5. De beoordeling

Ad 1) Het College heeft niet kunnen vaststellen of de arts wel of niet op de hoogte was van de problemen met het sluiten van de deuren. Als de arts niets wist van dit niet onbelangrijke probleem, dat rechtstreeks gevolg heeft voor de veiligheid van de patiënten, is dat ongelukkig, juist gezien zijn verantwoordelijke positie in het ziekenhuis. Het gebrek aan informatie duidt er op dat hij vrij ver af staat van de dagelijkse praktijk. Dit kan hem echter tuchtrechtelijk niet worden verweten.

Ad 2 en 3) Het College is van oordeel dat de arts patiënte binnen een of twee dagen na haar opname zelf had moeten onderzoeken. Gezien de voorgeschiedenis van patiënte, met vier suïcidepogingen, had hij haar zelf moeten spreken voordat hij instemde met het vergroten van haar vrijheden. Dat de gegeven vrijheid niet de doodsoorzaak is geweest maakt dit niet anders. De arts is te zeer afgegaan op de informatie die de AIOS hem gaven. Hij had zich een eigen indruk moeten vormen van patiënte en van de toestand waarin zij verkeerde.

Dat de beslissingen met betrekking tot patiënte in overleg met de arts zijn genomen blijkt bovendien niet uit het dossier. Dit is een gebrek in de verslaglegging waarvoor de arts als opleider en hoofd van de psychiatrische afdeling verantwoordelijk moet worden gehouden. Deze klachtonderdelen zijn gegrond.

Ad 4) Het kan de arts niet worden verweten dat geen toezicht is gehouden op de telefoongesprekken die patiënte voerde. Een telefoonverbod zou een te grote inbreuk maken op de persoonlijke vrijheid van de patiënt. Indien patiënte na het telefoongesprek met haar ex-man, dat haar kennelijk emotioneerde, geen speciale opvang heeft gekregen, kan de arts daarvoor niet verantwoordelijk worden gehouden, omdat hij daarbij niet rechtstreeks was betrokken.

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Ad 5) Het moet de arts worden verweten dat hij pas vier dagen na het overlijden van patiënte met haar familie heeft gesproken en niet zelf het initiatief heeft genomen tot dit gesprek. Het argument dat hij eerst de feiten wilde onderzoeken rechtvaardigt deze handelswijze niet. Hij had zelf meteen contact moeten opnemen met de familie en dan een afspraak kunnen maken voor een vervolgesprek op een later tijdstip. Hij had dit contact niet mogen overlaten aan de AIOS. De arts heeft dit ook erkend. Dit klachtonderdeel is gegrond.

De klacht is gedeeltelijk gegrond. Het College zal de arts een waarschuwing opleggen”.

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 De psychiater is in principaal beroep gekomen tegen de overwegingen op de klacht onder 1 waarin hem wordt verweten dat hij onvoldoende actie heeft ondernomen om het gebrek aan de deur op te heffen terwijl hij van dit gebrek op de hoogte was, en tegen de beslissingen op de klacht onder 2, waarin hem wordt verweten dat hij niet binnen 24 of desnoods 48 uur na de opname zelf contact heeft gezocht met patiënte, de klacht onder 3 waarin erover wordt geklaagd dat hij onvoldoende begeleiding/sturing heeft gegeven aan de aios en verpleegkundigen en de klacht onder 5 waarin hem kwalijk wordt genomen dat hij pas vier dagen na het overlijden voor het eerst een gesprek heeft gevoerd met de nabestaanden en niet is ingegaan op het verzoek om een eerder gesprek.

Het beroep strekt ertoe dat ter zake van de klacht onder 1 – naar het Centraal Tuchtcollege begrijpt – wordt vastgesteld dat het Regionaal Tuchtcollege ten onrechte het onder 5 Ad 1) in de derde zin heeft overwogen en dat de klachten 2, 3 en 5 alsnog ongegrond worden verklaard.

Klagers hebben in het principaal beroep gemotiveerd verweer gevoerd met conclusie dit beroep te verwerpen.

4.2 In incidenteel beroep zijn klagers opgekomen tegen de ongegrondverklaring van de klacht onder 1. Klachtonderdeel 4 is ter zitting in hoger beroep prijsgegeven. Het incidenteel beroep strekt ertoe dat deze klacht alsnog gegrond wordt verklaard. De psychiater heeft in het incidenteel beroep gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van dit beroep.

Beoordeling van het beroep

In het principaal en incidenteel appel

Aangaande de klacht onder 1.

4.3 Met het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat niet als vaststaand kan worden aangenomen dat de psychiater op de hoogte was van de problemen aan de deur.

Het Regionaal Tuchtcollege heeft dan ook terecht dit klachtonderdeel ongegrond verklaard.

Het Centraal Tuchtcollege plaatst wel een kritische kanttekening bij de organisatie in het ziekenhuis nu een aantal functionarissen op de hoogte was van de gebrekkige sluiting van een deur op de PAAZ, dat deze gebrekkige sluiting een tijd heeft kunnen bestaan terwijl een aantal psychiaters niet van deze, van eminent belang zijnde situatie, op de hoogte was.

4.4 Het principaal en incidenteel appel ter zake van deze klacht faalt.

In het principaal appel

Aangaande de klachten onder 2 en 3.

4.5 Ter beantwoording ligt de vraag voor of de psychiater patiënte binnen 24 uur na opname zelf had behoren te zien.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege beantwoordt deze vraag bevestigend. Daartoe wordt het volgende overwogen.

4.6.1 Vooropgesteld dient te worden dat nu niet in geschil is dat de psychiater hoofdbehandelaar van patiënte was en dat hij verantwoordelijk is voor de dossiervorming in deze. Desgevraagd heeft de psychiater dit immers in hoger beroep ter zitting – door klagers niet weersproken – verklaard.

4.6.2 Patiënte werd sedert februari 2007 behandeld in het H.-ziekenhuis te I.. Een bipolaire stoornis werd vermoed. In maart tot mei 2007 is patiënte opgenomen geweest op de IC en PAAZ van het H.-ziekenhuis in verband met twee suïcidepogingen. In maart – april 2008 werd patiënte wederom opgenomen op de PAAZ van het H.-ziekenhuis. Zij leed aan een depressie bij een bipolaire stoornis en er bestond het vermoeden van de aanwezigheid van een persoonlijkheidsstoornis. Op 15 mei 2008 deed patiënte opnieuw een suïcidepoging.

Op 4 juni 2008 te 23.00 uur, na wederom een suïcidepoging, volgde op advies van de crisisdienst een vrijwillige opname op de PAAZ van het J.-ziekenhuis te B.. Bij die opname werd door mevrouw K., arts in opleiding tot psychiater, vastgesteld dat patiënte een depressieve indruk maakte, last had van angst- en panieklachten en dat er sprake was van een chronische doodswens. Op 5 juni heeft mevrouw L., eveneens arts in opleiding tot psychiater, nog een gesprek gehad met patiënte.

4.6.3 Uit vorenstaande volgt dat toen patiënte op 4 juni 2008 naar aanleiding van een suïcidepoging werd opgenomen, zij in een tijdsbestek van ruim één jaar vier suïcidepogingen had gedaan, leed aan een bipolaire stoornis, last had van angst- en panieklachten, er het vermoeden was van een persoonlijkheidsstoornis en dat zij een chronische doodswens had.

4.6.4 Ter zitting in hoger beroep heeft de psychiater verklaard dat hij op 5 juni 's ochtends de door de aios bij het H.-ziekenhuis opgevraagde - de patiënte betreffende - medische gegevens ter inzage heeft gehad.

De psychiater was dus op 5 juni, daags na de opname van patiënte, op de hoogte van het ziektebeeld van patiënte.

4.6.5 Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de psychiater, gelet op het ernstige en risicovolle ziektebeeld van patiënte en het feit dat de psychiater daarmee bekend was, patiënte, bij voorkeur binnen 24 uur, maar in elk geval zo spoedig mogelijk na opname zelf had moeten onderzoeken.

4.6.6 Weliswaar heeft de psychiater gesteld dat hij door de aios die met patiënte gesproken hadden, voldoende was ingelicht om zich een beeld van het ziektebeeld van patiënte te kunnen vormen en dat de beslissingen aangaande patiënte in overleg met de aios zijn genomen, maar nu het dossier betreffende patiënte hierover niets inhoudt – zo houdt het dossier niet in dat, hoe en door wie er een risicotaxatie is uitgevoerd, wat de conclusie van deze taxatie was en of over een en ander iets aan de psychiater is medegedeeld, en zo ja, wat – en hij, zoals hiervoor reeds overwogen, als hoofdbehandelaar verantwoordelijk is voor de dossiervorming, moet deze stelling als onvoldoende geadstrueerd worden verworpen.

4.6.7 De door de psychiater voorts ter verdediging aangevoerde omstandigheid dat hij door ziekte van een collega extra belast was en daardoor er niet toe gekomen is patiënte zelf binnen korte tijd na haar opname te spreken, kan zijn handelwijze niet

rechtvaardigen en doet er niet aan af dat de psychiater er een tuchtrechtelijk verwijt van kan worden gemaakt dat hij patiënte niet zelf binnen 24 uren of althans zo spoedig mogelijk na opname heeft gesproken.

4.7 Door de psychiater is blijkens het daarvan opgemaakte proces-verbaal ter zitting in eerste aanleg verklaard dat hij de controle op de door de aios gevoerde status ten tijde van de suicide van patiënte nog niet had uitgevoerd.

Reeds daaruit blijkt dat de psychiater de aios onvoldoende heeft begeleid.

Het Regionaal Tuchtcollege heeft dan ook terecht de klachten onder 2 en 3 gegrond verklaard.

4.8 Aangaande de klacht onder 5.

Met het Regionaal Tuchtcollege is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat de psychiater er tuchtrechtelijk een verwijt van kan worden gemaakt dat hij pas vier dagen na het overlijden van patiënte een gesprek met de nabestaanden van patiënte heeft gevoerd.

De verklaring die de psychiater daarvoor gegeven heeft, inhoudende dat hij pas een gesprek met de nabestaanden wilde aangaan op het moment dat het onderzoek naar de feiten volledig was afgerond, overtuigt niet. Niets stond de psychiater er immers aan in de weg om een eerste gesprek met de nabestaanden van patiënte te houden kort na het overlijden van patiënte en na afronding van het onderzoek naar de feiten – zo nodig – dezen voor een vervolg/eindgesprek uit te nodigen.

4.9 Het hiervoor overwogene leidt tot de conclusie dat het principaal appel ter zake de klachten onder 2, 3 en 5 eveneens faalt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

In het principaal en in het incidenteel beroep:
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. Zijderhoudt en A.C.L. Allertz, leden-beroepsgenoten en mr. D. Brommer, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 1 september 2011, door mr. E.J. van Sandick, in tegenwoordigheid van de secretaris.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.