

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 288/2011

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 1 november 2012 naar aanleiding van de op 18 november 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

**A**, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

**C**, psychiater, werkzaam te D,  
bijgestaan door mr. V.C.A.A.V. Daniëls, verbonden aan VvAA-rechtsbijstand te Utrecht,

v e r w e e r d e r

#### 1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift;
- het aanvullend klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de repliek;
- de dupliek;
- het medisch dossier van E betreffende na te noemen patiënte.

Partijen hebben afgezien van de hun geboden mogelijkheid om te worden gehoord in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 14 september 2012, alwaar zijn verschenen klager en verweerder, de laatste bijgestaan door mr. Daniëls.

#### 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.

De klacht betreft de psychiatrische beoordeling door verweerder op 2 november 2011 van de schoonmoeder van klager, mevrouw F, geboren op 19 mei 1932, verder patiënte te noemen. Patiënte woonde met haar echtgenoot in een aanleunwoning. Er was 4 - 6 keer per dag hulp van thuiszorg. Sinds mei/juni 2011 was patiënte in zorg bij E te D, verder E, vanwege dementie.

Op 24 oktober 2011 werd patiënte op verzoek van de huisarts door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, verbonden aan E, beoordeeld in verband met een eventuele opname op een psychogeriatrisch crisisbed. In het dossier van E is genoteerd: *“Mevrouw gediagnosticeerd met alzheimer en man nu ernstig ziek en kan gedragsproblemen van vrouw niet meer handelen. Kinderen stemmen nu ook in met opname PG.”* en *“Ze is niet gemotiveerd voor een opname. Dit zal met een maatregel moeten plaatsvinden. Op dit moment is er geen crisisbed beschikbaar maar ook geen regulier PG bed.”*

Omdat het met patiënte ook op somatisch vlak niet ging, patiënte had buikpijn en verloor gewicht, heeft de huisarts haar eerst verwezen naar het G te D, verder het G. Patiënte is op

24 oktober 2011 vanwege deze klachten opgenomen in het G. Onderzoeken op somatisch gebied leverden geen bijzonderheden op.

Op 26 oktober 2011 is in het G, in een familiegesprek met de internist, afgesproken dat ontslag zeer tijdig zou worden aangekondigd opdat patiënte naar een verpleeghuis, waar reeds een plek beschikbaar was, zou kunnen gaan.

Op 31 oktober 2011 is patiënte in het ziekenhuis beoordeeld voor een CIZ-indicatie ingevolge artikel 60 van de Wet BOPZ. Dit leverde op dat opname via een indicatie niet mogelijk was omdat patiënte zich verzette. Op 1 november 2011 is vervolgens in het MDO afgesproken dat de psychiater in consult zou worden geroepen in verband met een rechterlijke machtiging/IBS-beoordeling.

Op 2 november 2011 wilde patiënte absoluut naar huis. Verweerder werd in de loop van de middag door zijn collega-psychiater, die elders spreekuur had, in consult gevraagd om die dag nog te beoordelen of patiënte gedwongen kon worden opgenomen. Eerst had hij contact met zijn sociaal-psychiatrisch verpleegkundige H, die patiënte al eerder had gezien en contact had gehad met E. Over dat contact is in het dossier van E genoteerd:

*“Haar uitgelegd dat sprake moet zijn van gevaarscriteria binnen G voor mw, deze zijn er niet dus geen IBS. Wel mogelijkheid van RM besproken, maar dan kan G dit zelf aanvragen (volgens [lees: H, RTC] wijst G naar E dit te doen: ik heb HAK reeds gevraagd hoe dit werkt: ziekenhuis is zelf verantwoordelijk voor evt RM bij opgenomen cliënten. (...)) afgesproken dat bij twijfels etc de psychiaters onderling maar moeten afstemmen wat nu welke afspraak is.”*

Verweerder zag patiënte rond 15.00 uur. Verweerder noteerde in het psychiatrisch dossier onder meer:

*“(V)olgens dossier is thuissituatie problematisch. Somatisch is ze uitbehandeld. Dementie was al bij opname aanwezig, alsmede langer bestaande problemen thuis. Langere tijd begeleiding door E.( ) gezien langdurende beloop/contacten met E is er geen acute situatie. Of er thuis sprake is van gevaar is vanuit de F3 niet te beoordelen. Dat zal thuis moeten worden getaxeerd (door E). Ook weet ik niet of de alternatieven zijn uitgeprobeerd. Bijv zeer intensieve thuiszorg.”*

Hij noteerde in de status:

*“Pate rustig en coöperatief, Wel redelijk in plaats georiënteerd maar weet geen huisadres of exacte leeftijd.*

*Wil absoluut niet in G blijven of over naar I.*

*Wil naar huis, claimt dat er goede zorg is.*

*C. Dementiesyndroom, nu somatisch weer OK.*

*Geen delirium*

*Geen acuut gevaarscriterium → dus geen IBS*

*Thuissituatie door mij niet goed te beoordelen. → ik zie geen termen voor RM, maar dat kan E beter beoordelen.*

*Al-met-al geen mogelijkheden om haar gewenste vertrek naar huis tegen te gaan.*

*Nazorg kan via E.”*

Verweerder noteerde verder dat hij die middag geen gelegenheid had om met de familie te spreken. Verweerder gaf aan dat dit de volgende dag wel kon (hetgeen is gebeurd). Laat in de middag van 2 november 2011 heeft een arts van de afdeling interne geneeskunde overleg gehad met E. In het dossier van E is met betrekking tot dit overleg genoteerd:

*“ik heb gevraagd dat wanneer mw er op staat het ziekenhuis te verlaten wij op de hoogte worden gesteld en dat er dan thuis een IBS of RM beoordeling zal plaats vinden.”*

Patiënte werd dezelfde dag, 2 november 2011, ontslagen. E heeft met een dochter van patiënte afgesproken dat op 9 november 2011 een RM-beoordeling zou plaatsvinden. Tevens werd overwogen dat niet helemaal was uitgesloten dat in de tussentijd niet alsnog een IBS-situatie zou ontstaan.

Op 5 november 2011 heeft de echtgenoot van patiënte thuis zijn heup gebroken waarna hij is opgenomen in het ziekenhuis. Vervolgens is patiënte op 8 november 2011 op een regulier bed opgenomen in een verpleeghuis. De echtgenoot van patiënte is op 21 november 2011 overleden.

### 3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klager verwijt verweerder -zakelijk weergegeven- dat hij zijn oordeel heeft gebaseerd op een gesprek met een demente vrouw en dat hij het dossier nauwelijks heeft gelezen. Als hij het dossier wel heeft gelezen, dan heeft hij alle adviezen van deskundigen en hulpverleners naast zich neergelegd. Verder is het verwijt dat hij geen gesprek met de familie, die al onderweg was om over het bezoeksrooster te overleggen, wilde aangaan.

De echtgenoot is, doordat patiënte weer thuiskwam, volledig in de stress geraakt waardoor hij is komen te vallen (en later is overleden).

#### 4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- aan dat hij heeft gehandeld volgens de geldende regelgeving. Verweerder betreurt het dat de familie ontevreden is met zijn bemoeienis en dat hij in het kader van de spoedbeoordeling geen tijd had om met de familie te spreken.

Voor zover nodig wordt hierna nog expliciet ingegaan op het verweer.

#### 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

Bij de ingediende klacht speelt een rol dat de familie, waaronder klager, meende dat patiënte na de ziekenhuisopname opgenomen zou kunnen worden op een regulier verpleeghuisbed. Bij E was vóór die opname echter al bekend dat patiënte zich verzette tegen een dergelijke opname en dat dus een vrijwillige opname niet mogelijk was. De familie heeft op basis van de onjuiste veronderstelling dat een reguliere opname mogelijk zou zijn afspraken gemaakt in het ziekenhuis over tijdige aankondiging van het ontslag zodat een verpleeghuisopname zou kunnen worden geregeld. De familie had ook geen weet van het beddenprobleem bij E. Vervolgens is patiënte in het ziekenhuis beoordeeld voor een indicatie ex artikel 60 van de Wet BOPZ, hetgeen om dezelfde reden evenmin mogelijk bleek. Ook dit heeft de familie niet te horen gekregen. De familie is er dus op 2 november 2011 's middags volstrekt onverwacht mee geconfronteerd dat patiënte die middag zou worden ontslagen. Tegen deze achtergrond is het zeer voorstelbaar dat de familie zich overvallen voelde door het plotselinge ontslag. Maar dit alles is verweerder niet aan te rekenen. Hij is niet verantwoordelijk geweest voor de gebrekkige communicatie en de met de familie gemaakte afspraken en als geconsulteerde psychiater evenmin voor het ontslag.

##### 5.3

Verweerder is (slechts) verantwoordelijk geweest voor de beoordeling of patiënte gedwongen kon worden opgenomen. Voor zover hij wist wilde patiënte naar huis en kon zij niet tegen haar zin langer opgenomen worden gehouden, terwijl uit het dossier blijkt dat de familie had aangegeven dat de thuissituatie onhoudbaar was. Een beoordeling of er reden was voor een voorlopige machtiging vormde alleen al daarom geen oplossing voor deze situatie, omdat dit niet diezelfde middag nog tot een rechterlijke beslissing tot gedwongen opname had kunnen leiden. Bovendien heeft verweerder terecht aangevoerd dat een voorlopige machtiging beter door E kon worden geregeld, aangezien deze de (thuis)situatie van patiënte beter kende en er in dat geval nog tijd was om de

beslissing van de rechter af te wachten. Het enige wat nog in aanmerking kwam, was een in bewaring stelling (IBS). Daarvoor dient er onder meer sprake te zijn van een onmiddellijk dreigend gevaar. De klacht stelt de vraag aan de orde of verweerder zich wel voldoende heeft geïnformeerd alvorens te beslissen dat er geen sprake was van een onmiddellijk dreigend gevaar. Daarbij wijst klager er voornamelijk op dat verweerder niet aan de familie informatie heeft gevraagd over de thuissituatie en is afgegaan op de informatie die hij van patiënte zelf heeft verkregen. Verweerder heeft zijn informatie over de thuissituatie verkregen van H, sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, alsmede van de behandelaar, voorts heeft hij patiënte zelf onderzocht en tot slot heeft hij - zo blijkt uit zijn aantekeningen - het dossier bekeken. In zoverre is het in elk geval niet juist dat verweerder alleen op de informatie van patiënte is afgegaan. H kende patiënte al van een intake in het ziekenhuis en had gebeld met E. Verweerder heeft aangevoerd dat hij van H had vernomen dat E van oordeel was dat er geen grond was voor een IBS. Uit de aantekeningen in het dossier van E blijkt inderdaad dat dit, bovendien op nogal stellige wijze, aan mw. H is meegedeeld. Het zou zeer wel gepast hebben bij een beoordeling als verweerder diende te geven, dat hij zelf (telefonisch) nadere informatie had ingewonnen bij de familie of bij de huisarts van patiënte. Maar het is aan de andere kant in de gegeven situatie niet tuchtrechtelijk verwijtbaar dat verweerder heeft vertrouwd op deze informatie zonder nog één of meer andere informatiebronnen te raadplegen. Hierbij is vooral gelet op de stelligheid waarop E had aangegeven dat er geen grond was voor een IBS, gevoegd bij het feit dat patiënte vanuit de thuissituatie was opgenomen zonder dat er (voor verweerder kenbaar) een gedwongen opname aan de orde was en zij tijdens de opname rustig en coöperatief was geweest. Bij dit oordeel van het college speelt overigens geen rol dat verweerder, zoals hij aanvoert, weinig tijd had.

#### 5.4

Nu het college tot het oordeel is gekomen dat er, al had het ook anders gekund, onvoldoende reden is om aan verweerder een tuchtrechtelijk verwijt te maken dient de klacht te worden afgewezen.

## 6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, mr. E.W. de Groot, lid-jurist, M.H. Braakman, T.S. van der Veer en A.M. Rijken, leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. H. van der Poel-Berkovits, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 1 november 2012 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.