

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 073/2012

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 31 januari 2013 naar aanleiding van de op 11 januari 2012 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A en B, wonende te C,
bijgestaan door mr. G.H. van der Waaij, advocaat te Leusden,

k l a g e r s

-tegen-

D, psychiater, voorheen werkzaam te E,
bijgestaan door mr. R.J. Borghans, advocaat te Arnhem,

v e r w e e r s t e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het verweerschrift;
- de repliek;
- de dupliek met de bijlagen;
- het medisch dossier;
- de rapportage inspectieonderzoek naar aanleiding van de suïcidemelding van B van de

Inspectie voor de Gezondheidszorg van november 2012.

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 21 december 2012, alwaar zijn verschenen klagers en verweerster, bijgestaan door hun gemachtigden. Ter zitting is deze klacht

gelijktijdig, maar niet gevoegd, behandeld met de klacht die klagers hebben ingediend tegen F, verpleegkundige, (nr. 302/2011).

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 heeft betrekking op de zorg die is verleend aan de dochter van klagers, mevrouw G, geboren 31 april 1974 (verder 'patiënte').

Verweerster was van januari 2010 tot juni 2012 als psychiater verbonden aan de instelling GGNet te E, onderdeel van GGNet (verder 'de instelling').

Patiënte was al langer bekend met psychiatrische problemen en een medicatieverslaving, waarbij het overlijden van een broer in 1998 patiënte sterk beïnvloed heeft. Relaties waren stukgelopen, zij had schulden gemaakt en gebruikte veel medicijnen. In 2009 stopte zij met werken wegens ziekte. Patiënte zocht professionele hulp voor haar psychische/psychiatrische problemen en de medicatieverslaving. Zij was o.a. in behandeling bij een psychiatrische instelling en later bij een instelling voor crisisopvang en verslavingszorg. Zij heeft in het verleden verschillende suïcidepogingen gedaan.

Op 6 juni 2011 werd patiënte, via de spoedeisende hulp van een ziekenhuis, vrijwillig opgenomen op een open afdeling van de instelling om een detoxicatie te ondergaan. Verweerster heeft in het behandelplan van 14 juni 2011 opgenomen:

“ Hoofdbehandelaar: (...) (HAIO), [verweerster]

medisch verantwoordelijke: [verweerster]

(...)

Beschrijvende diagnose :

een 37-jarige vrouw bekend met Benzodiazepine abusús, angst, agitatie, afhankelijkheid, onrust, met theatraal gedrag en mogelijk persoonlijkheidsproblematiek met geweld en verlies ervaring in het verleden.

Huidige DSM IV diagnose

[niet ingevuld]

(...)

Doelstelling 1:

Probleem: Verslavingsproblematiek m.b.t. Benzodiazepine gebruik.

Doel 1: Reguliere behandeling. Detox.

Toelichting:

Actie: Opname. Medicamenteus beleid afhankelijk van somatisch en psychisch toestandbeeld.”

In het verpleegplan van 7 juni 2011 werd als doel onder meer opgenomen: familieparticipatie. Als actie werd opgenomen dat er wekelijks contact met de ouders zou zijn met de verpleging en dat de persoonlijk begeleider van patiënte een familiegesprek zou plannen.

Patiënte verbleef tot 19 of 20 juli 2011 in de instelling. Zij vertrok op eigen initiatief met receptuur voor één maand.

Op 28 juli 2011 nam patiënte een overdosis medicijnen in. Zij werd overgebracht naar het ziekenhuis in een andere stad, alwaar zij met een IBS werd opgenomen op een gesloten afdeling van het ziekenhuis. Op 4 augustus 2011 werd patiënte overgeplaatst naar een gesloten afdeling van de instelling. In het behandelplan van 9 augustus 2011 heeft verweerster met dezelfde hoedanigheid als bij de eerste opname onder andere de volgende gegevens opgenomen:

“Beschrijvende diagnose:

Een 37-jarige vrouw bekend met Benzodiazepine abuses, angst, agitatie, afhankelijkheid, onrust, met theatraal gedrag en persoonlijkheidsproblematiek met geweld en verlies ervaring in het verleden. Nu na een TS met medicatie opgenomen met IBS.

Huidige DSM IV diagnose:

As-I-1: 300.00A Angststoornis NAO

As-I-2: 309.81A Posttraumatische stress-stoornis

As-I-3: 305.40A Misbruik van sedativum, hypnoticum of anxiolyticum

As-I-4:

As II-1: 799.90 Diagnose op as II uitgesteld

As II-2:

As II-3:

As II-4:

As III-1:969.40 Benzodiazepine derivaten

As III-2:

As IV: 010 Problemen binnen de primaire steungroep

As V GAF-score: 50 55

Conclusie laatste evaluatie:

(...)

Conclusie evaluatie Weinig verandering in het beeld. Afbouwen van de medicatie gaat zeer moeizaam. Blijft zich zeer afhankelijk opstellen en er is veel sprake van angst. Vertoont veel opvallend en aandachttrekkend gedrag.

Doelstelling behandelplan:

Doelstelling 1:

Probleem: Suïcidaliteit i.v.m. psychosociale stress.

Doel 1: Reguliere behandeling.

Toelichting: Streven is een korte opname. Indien mogelijk IBS vervroegd opheffen.

Actie: Opname gesloten afdeling. Medicamenteus beleid continueren. Aanbieden van dagstructuur. Observatie actueel toestandsbeeld m.n. suïcidaliteit.”

Per 18 augustus 2011 heeft verweerster de IBS opgeheven. In de rapportage heeft verweerster opgenomen:

“Vandaag met patiënte gesproken. Eerst wilde ze met ontslag om naar J naar haar contactpersoon te gaan. Kort daarna bleek dat ze geen dak boven haar hoofd had omdat cont.persoon zich heeft terug getrokken. Een eenduidige indicatie voor verder verblijf in de kliniek is er niet meer.

B/ pte moet initiatief nemen om een verblijf buiten de kliniek te vinden.”

In het multidisciplinair overleg (verder: MDO) van 25 augustus 2011 is voor patiënte de ontslagdatum op 9 september 2011 bepaald. Verweerster heeft dit aan patiënte mede-

gedeeld. Op 26 augustus 2011 werd patiënte overgeplaatst naar een open afdeling van de instelling. In het verpleegplan d.d. 26 augustus 2011 werd onder familieparticipatie opgenomen:

“-Aan ouders mag geen informatie worden gegeven over Mw.

-Afspraak met ouders en (patiënte): ouders bellen 1 keer per week en we overleggen dan met (patiënte) of het goed is dat ouders informatie krijgen. (Patiënte) twijfelt hier momenteel nog over. Moeder geeft aan dat ze wel contact met mw. zou willen mits dit op een normale manier kan en dat mw. geen druk op haar legt om zaken geregeld te krijgen.”

In het MDO van 1 september 2011 is de ontslagdatum van 9 september 2011 gehandhaafd. Bovendien is besloten maatschappelijk werk in te schakelen. Op 1, 2 en 4 september 2011 ontving patiënte een schriftelijke waarschuwing van ‘het behandelteam’. Zij had gerookt op haar slaapkamer, dit was tegen de afdelingsregels en/of de omgangsvormen op de afdeling. In de waarschuwing was opgenomen dat bij herhaling roken op de kamer consequenties kon hebben voor de behandeling en/of het verblijf op de afdeling.

Op maandag 5 september 2011 heeft verweester patiënte van de afdeling ontslagen. In de behandelingsrapportage heeft zij opgenomen:

“In het gesprek [van verweester] in het bijzijn van vpk (...) met pte wordt haar uitgelegd dat ze per vandaag nog wordt ontslagen. Pte is al 1 week geleden erop aangesproken dat ze erg passief is, zich heeft geïsoleerd van de patiëntengroep, het therapieprogramma niet volgt omdat ze daar geen zin in heeft en ze geen moeite heeft gedaan om te zoeken naar een woonplek. Van de verpleging heeft ze meerdere contactadressen gekregen waar ze mogelijk onderdak zou kunnen krijgen. Tot nu toe heeft pte helemaal niets gedaan. Pte heeft nu ook nog op haar kamer gerookt wetende dat dat verboden is. Hierop wordt pte per direct ontslagen. Pte heeft deze aanzegging rustig en gelaten over zich heen laten komen. Voor alle zekerheid wordt de crisisdienst hiervan op de hoogte gebracht. Recept uitgeschreven voor 2 weken (wekelijks verstrekken).”

Vanwege dit ontslag stelde verweester een vooraankondiging op om de crisisdienst te informeren. In deze vooraanmelding heeft zij onder meer opgenomen:

“Cliënte is vandaag van de afdeling (..) ontslagen ivm het niet naleven van de regels. Ze deed niet mee met het programma en rookte op haar slaapkamer. Ze heeft geen moeite gedaan om onderdak te regelen. Mogelijk komt ze in beeld en probeert ze opnieuw een opname af te dwingen.

Ambulante contacten minder dan 1 maand gelden

In behandeling bij GGNet

Meerdere opnames

IBS 1 opname

RM geen

Psychiatrische voorgeschiedenis

Cliënte heeft een uitgebreid voorgeschiedenistrject.

(...)

Somatische bijzonderheden nee

(...)

Leefsituatie zwervend, dakloos

Onder voorgesteld beleid/behandelplan werd opgenomen:

“Cliënte kan in beeld komen om opnieuw een opname af te dwingen. Hier terughoudend in zijn.

Huisarts informeren ja”

Op donderdag 8 september 2011 is namens verweerster elektronisch een ontslagbrief naar de huisarts verzonden. Als nazorg en verwijzing na deze opnameperiode werd in de brief opgenomen:

“Pte wordt aangemeld voor het ambulante programma, een behandelaar moet nog worden aangewezen. Pte heeft 1 nacht geslapen in het H in I. Ze heeft contactadressen mee gekregen om op zoek te gaan naar huisvesting.”

Op donderdag 8 september 2011 ging patiënte zelf terug naar de instelling. Zij heeft daar tussen de middag gegeten en werd vervolgens opnieuw weggestuurd. Die avond nam zij contact op met haar ouders (klagers), die haar hebben opgehaald en meegenomen naar hun woning. Klagers wonen op een afstand van ongeveer 50 km van de instelling.

De volgende dag, 9 september 2011, is klagster met patiënte naar de huisarts gereden. De huisarts ondernam een poging om de instelling te bewegen om patiënte weer in behandeling te nemen. Dat lukte hem niet. Klagster en patiënte zijn daarop naar de instelling gegaan en hebben gesproken met de opnamecoördinator/teamleider. Ook dezelfde avond nam klagster contact op met de opnamecoördinator/teamleider. Een opname kon niet worden gerealiseerd.

Op zondag 11 september 2011 was patiënte bij klagers. Omdat patiënte onrustig was en klagers de indruk hadden dat het zo niet goed zou gaan, besloten klagers in de middag om hulp in te roepen. Klagster heeft contact gehad met de voorwacht van de crisisdienst, een verpleegkundige van de instelling (verweerster in de zaak 302/2011). De verpleegkundige oordeelde dat een acute crisis op dat moment niet aanwezig was.

In de nacht van zondag 11 op 12 september is patiënte overleden als gevolg van zelfdoding. Zij is in de woning van klagers van het balkon op de zevende verdieping gesprongen en heeft deze val niet overleefd.

Op 29 september 2011 heeft een bespreking plaatsgevonden tussen medewerkers van de instelling, onder wie verweerster, en klagers. Vervolgens is een interne evaluatie verricht. Ook de IGZ heeft het geval onderzocht. De resultaten daarvan zijn opgenomen in de *Rapportage inspectie onderzoek naar aanleiding van de suïcide melding van B.*

3. HET STANDPUNT VAN KLAGERS EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerster - zakelijk weergegeven - onzorgvuldig handelen/nalaten van verweerster als psychiater, namelijk:

- 1 het niet betrekken van de ouders bij de behandeling;
- 2 het niet informeren en raadplegen van de ouders en/of de contactpersoon over het voortijdige ontslag op 5 september 2011;
- 3 het besluit van verweerster tot het vervroegd ontslag op 5 september 2011 en alle aspecten daaromheen, gelet op:

- a. de lichamelijke en psychische toestand van patiënte van dat moment;
 - b. het feit dat de IBS nog zo kort tevoren was afgelopen en voortijdig was gestopt;
 - c. het feit dat patiënte ook tijdens de IBS opnieuw suïcidaal was, althans suïcidale uitingen heeft geroepen;
 - d. het feit dat de behandeling nog niet op gang was gekomen;
 - e. patiënte in de achterliggende maanden al meerdere suïcidepogingen had gedaan;
 - f. het feit dat geen concrete vervolgbehandeling/vervolgafpraak met welke ambulante behandelaar dan ook voorhanden was;
 - g. het feit dat verweerster wist dat patiënte geen woon- of verblijfplaats had en zelfs op de korte termijn niet duidelijk was waar zij moest gaan wonen;
 - h. het feit dat verweerster wist dat patiënte geen contactpersoon meer had en klagers niet heeft geïnformeerd;
- 4 dat er geen concrete vervolgspraken waren en andere hulpverleners niet bekend waren met de voorgenomen vervolgbehandeling;
- 5 de vooraanmelding aan de crisisdienst: terughoudend te zijn met heropname, waardoor patiënte aan haar lot werd overgelaten.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert - zakelijk weergegeven - aan dat zij gedurende de behandeling van patiënte heeft gehandeld zoals een redelijk bekwaam en redelijk handelend psychiater betaamt. Zij heeft aan klagers haar medeleven betuigt met het overlijden van patiënte. Verweerster heeft gemotiveerd verweer gevoerd waarop hieronder zo nodig wordt ingegaan, en verzoekt het college de klacht als ongegrond af te wijzen.

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

Verweerster heeft ter zitting verklaard dat patiënte tijdens hun gesprekken steeds heeft gezegd dat ze niet wilde dat haar ouders op de hoogte werden gesteld en dat zij geen contactpersonen voor haar waren. Hoewel verweerster dit niet heeft aangetekend in het dossier, is aannemelijk geworden dat patiënte meestal niet wilde dat haar ouders contactpersoon waren en informatie zouden verkrijgen. Het behoort niet tot de taak van de psychiater het verpleegkundig verslag (steeds) te lezen om te bezien of patiënte op sommige momenten wel openstond voor informatie aan en contact met de ouders. In zoverre is het eerste klachtonderdeel ongegrond. Met de inspectie constateert het college wel dat verweerster de wispelturige uitingen van patiënte over haar contactpersoon en haar ouders passief heeft aanvaard zonder dat onderwerp van de behandeling te maken.

5.3

Vast staat dat verweerster voor en na het ontslag op 5 september 2011 de ouders niet heeft geïnformeerd en dat zij ervan op de hoogte was dat de laatst bekende contactpersoon van patiënte niet langer haar contactpersoon wilde zijn. Het kwam er dus op neer dat patiënte geen contactpersoon had op het moment dat zij uit de instelling werd ontslagen. Dit aspect is niet besproken bij het ontslaggesprek. Verweerster heeft ter zitting verklaard dat zij "ervan is uitgegaan" dat de verpleging de laatst bekende contactpersoon op de hoogte zou stellen maar zij heeft dat niet gecontroleerd. Het college acht het handelen van verweerster op dit onderdeel onzorgvuldig, mede in verband met het hierna volgende. Het tweede klachtonderdeel is in zoverre gegrond.

5.4

Het college ziet aanleiding tot gezamenlijke behandeling van het derde en vierde klachtonderdeel. Het derde klachtonderdeel stelt de behandeling door verweerster aan de orde en de beslissingen die verweerster in de loop van die behandeling heeft genomen. Klagers wijzen erop dat onduidelijk is op welke gronden verweerster heeft besloten de IBS op te heffen. Het volgens klagers gedwongen ontslag was volgens hen niet verantwoord en evenmin voldoende onderbouwd. Het college oordeelt als volgt. Verweerster heeft patiënte tijdens de eerste opname zes weken (6 juni - 19/20 juli 2011) als hoofdbehandelaar en medisch eindverantwoordelijke in behandeling gehad. Ook tijdens de laatste opname van vier weken (4 augustus-5 september 2011) was zij hoofdbehandelaar en medisch eindverantwoordelijke. In het eerste behandelplan is geen (DSM IV) diagnose opgenomen. In het tweede behandelplan zijn de diagnoses posttraumatische stress-stoornis en Angststoornis NAO vermeld.

Desgevraagd heeft verweerster ter zitting verklaard dat zij gedurende de opnames niet aan diagnostiek heeft gedaan of heeft laten doen. Zij heeft de diagnose PTSS ontleend aan informatie van een vorige behandelaar maar hoe deze tot de diagnose is gekomen en hoe valide de diagnose was, heeft verweerster niet kunnen toelichten ter zitting. Verder is zij wel bekend geweest met de diagnose van de verwijzende behandelaar die patiënte van 28 juli 2011 tot 4 augustus 2011 heeft behandeld. Deze kwam tot de diagnose borderline stoornis. Met die diagnose heeft verweerster naar haar zeggen niets gedaan. Bij kritisch doorvragen heeft verweerster aan het college gemeld dat zij gedurende de beide opnames bij patiënte geen symptomen heeft gezien van depressie, suïcidaliteit of anderszins. Op de vraag van het college wat de in de behandelplannen genoemde "reguliere behandeling" inhoudt, heeft verweerster onvoldoende concreet antwoord gegeven.

5.5

In de verslaglegging van verweerster heeft het college geen onderbouwde psychiatrisch diagnostische overwegingen aangetroffen, ook niet ten aanzien van (de beëindiging van) de IBS. Bij dupliek heeft verweerster de verslagleggingen van MDO's overgelegd. In het verslag van 16 augustus 2011 staat: *"Pte is rustig aanwezig. Ontevreden over haar verblijf op de gesloten groep. Heeft veel somatische klachten. Behoeft veel aandacht. Onveranderd, psychomotorisch, vertraagd toestandsbeeld. Pte is niet meer suïcidaal."* In het verslag van 25 augustus 2011 is opgenomen *"Lijkt redelijk goed te gaan met patiënte, IBS is opgeheven. Heeft nog geen woonruimte."* Het verslag van 1 september 2011 meldt tot slot: *"Onveranderd toestandsbeeld. Pte is rustig aanwezig, is niet depressief. Pte is evenwichtig. Pte blijft passief in haar gedrag. Volgt geen therapie. Is regelmatig niet aanwezig bij maaltijden (vnl. in de ochtend). Mw. is niet actief op zoek naar woonruimte."* Gevraagd naar de (diagnostische) overwegingen die tot de conclusie

hebben geleid dat patiënte niet meer suïcidaal was, heeft verweerster verwezen naar het bovenstaande. Bij dupliek bevindt zich een ongedateerd en niet ondertekend verslag waarin is opgenomen dat patiënte suïcidale gedachten heeft ontkend en dat in de wreekelijke gesprekken geen sprake was van suïcidale uitingen of een depressieve stemming. Volgens de conclusie van dupliek betreft het een toelichting op de overwegingen van de MDO's.

5.6

Nadat patiënte van de gesloten afdeling was overgeplaatst naar de open afdeling, heeft zij zich toenemend onttrokken aan de groep en de behandeling. Het college heeft verweerster gevraagd hoe zij het gedrag van patiënte heeft geïdentificeerd, mede in aanmerking genomen haar voorgeschiedenis en mogelijk(e) ziektebeeld(en). Verweerster heeft daarop geantwoord dat patiënte tijdens de vorige opname de indruk wekte dat zij liever op zichzelf was. Verweerster heeft dit aangezien voor een persoonskenmerk dat psychiatrisch diagnostisch niet relevant was.

5.7

Het college oordeelt op grond van dit alles dat verweerster kennelijk zonder enig eigen onderzoek en zonder (gefundeerde) werkdiagnose conclusies heeft getrokken die verregaande consequenties kunnen hebben, namelijk de beëindiging van de IBS op 18 augustus 2011 en het ontslag op 5 september 2011. Verweerster is steeds verantwoordelijk geweest voor de risicotaxatie en de medicatie en die verantwoordelijkheid heeft zij onvoldoende ingevuld. Wat de medicatie betreft, heeft het college in het - zeer moeilijk toegankelijke - dossier gezien dat deze regelmatig wisselde. Desgevraagd heeft verweerster gezegd dat zij steeds hetzelfde heeft voorgeschreven, dat zij niet weet hoe het komt dat de medicatieverstrekking zo sterk wisselde en dat zij geen antidepressiva heeft voorgeschreven. Kennelijk is een en ander niet met haar afgestemd en heeft zij evenmin controle verricht of navraag gedaan. Bij dit alles merkt het college nog op dat als vast staand moet worden aangenomen dat patiënte nog somatische problemen had. Zo is zij gedurende de periode tussen het einde van de laatste opname (20 juli 2011) en het einde van de tweede opname (5 september 2011) 11 kilo afgevallen waardoor zij bij overlijden nog maar 44 kilo woog. Het lijkt verweerster te zijn ontgaan. In elk geval is er in het dossier en de door verweerster opgestelde rapportage niets over te vinden, laat staan dat er beleid voor is afgesproken.

5.8

Het handelen van verweerster als psychiater acht het college op grond van het bovenstaande ver onder de maat. Daarbij komt nog het volgende. Het ontslag op 5 september 2011 is aan te merken als een gedwongen ontslag, zoals ook de Inspectie in haar rapport heeft vastgesteld. Gesteld noch gebleken is immers dat patiënte met ontslag wilde per die datum of op ontslag heeft aangedrongen. Dat patiënte in het gesprek waarin verweerster haar meedeelde dat zij diezelfde dag moest vertrekken een en ander gelaten over zich heeft laten komen, brengt niet mee dat van een vrijwillig ontslag kan worden gesproken. Volgens verweerster is op dat moment niet alleen de opname in de instelling beëindigd, maar tevens de behandelingsovereenkomst tussen haar en patiënte. Desgevraagd heeft zij het college meegedeeld dat zij zich sindsdien niet meer de behandelaar van patiënte achtte en dat haar taak slechts bestond uit het zoeken naar een ambulante vervolgbehandeling.

5.9

Het handelen van verweerster druist in tegen de zorgvuldigheidseisen die gelden voor een gedwongen ontslag en de zorgvuldigheidseisen die gelden bij de beëindiging van een behandelingsovereenkomst (Richtlijn *Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst*, KNMG). Behoudens gewichtige redenen kan de arts de behandelrelatie niet opzeggen (7:460 BW). Verder gelden de volgende vereisten: de arts moet herhaaldelijk aandringen en waarschuwen bij ernstig en frequent wangedrag van de patiënt (schriftelijke afspraken en een aantekening in het dossier), het ontslag moet zijn aangezegd tegen een redelijke termijn en mogelijke alternatieven moeten zijn onderzocht. Bij het effectueren van het ontslag heeft de instelling een inspanningsverplichting: het verzorgen van onderdak, bestaansmiddelen voor de patiënt en van nazorg. Verder dient te worden voorzien in het voortzetten van medisch noodzakelijke hulp en dient de opvolgende arts de beschikking te verkrijgen over de patiëntgegevens.

5.10

De reden voor ontslag en de beëindiging van de behandelingsovereenkomst lag in onderhavig geval in de omstandigheid dat patiënte zich steeds meer was gaan onttrekken aan de behandeling en groepsbijeenkomsten en dat zij tot drie keer toe gerookt had op haar kamer, ondanks schriftelijke waarschuwingen. Niet is gebleken dat verweerster de achtergrond van voormeld gedrag heeft onderzocht, noch dat zij moeite heeft gedaan om het gedrag te beïnvloeden. Volstaan is met het laten uitreiken door de verpleging van schriftelijke waarschuwingen. Alternatieven zijn niet overwogen of aangeboden. Het college plaatst dan ook ernstige vraagtekens bij de reden van ontslag en acht die reden op het eerste oog niet zwaarwegend genoeg voor beëindiging van de behandelingsovereenkomst en het ontslag uit de instelling op dezelfde dag. Het enkele feit dat roken op de eigen kamer brandgevaar voor anderen meebrengt, vormt hiervoor een onvoldoende reden.

5.11

Pas op 5 september 2011 heeft verweerster aanstalten gemaakt om te zoeken naar een vervolgbehandeling voor patiënte. Zij heeft zich daarin overigens nogal passief opgesteld (zie hierna). Onderzoek naar een juiste vervolgbehandeling en de mogelijkheden daartoe is tot 5 september 2011 achterwege gebleven. Het verbaast het college dat verweerster niet meer voorbereidingen had getroffen op maandag 5 september 2011 omdat al veel langer bekend was dat patiënte in elk geval de vrijdag erop (9 september) zou worden ontslagen. Dat er contact zou zijn geweest met maatschappelijk werk is onvoldoende, ook al omdat niet is toegelicht waartoe dit contact voor patiënte heeft geleid.

5.12

Bij een gedwongen ontslag als in dit geval - patiënte had geen contactpersoon, geen woning, geen inkomsten en geen nazorg - volstaat het niet patiënte een lijst van adressen in de hand te drukken die (tegen een financiële vergoeding) onderdak bieden. Dat is echter waarmee verweerster heeft volstaan. De verpleging heeft voor de nacht na het ontslag een overnachting geregeld, waarvan onduidelijk is of patiënte daarvan gebruik heeft gemaakt. Verder is onduidelijk gebleven op welke wijze patiënte na het ontslag moest worden voorzien in haar basisbehoeften. Omdat er geen contactpersoon was, niemand op de hoogte is gesteld en patiënte niet over communicatiemiddelen beschikte, is eveneens onduidelijk gebleven hoe contact met patiënte zou kunnen worden opgenomen voor de nog te regelen nazorg. Enig beleid of afstemming tussen verweerster

en/of de verpleging met patiënte hierover lijkt niet te hebben plaatsgevonden. Met klagers constateert het college dan ook dat patiënte in zoverre aan haar lot is overgelaten.

5.13

In elk geval behoorde het tot de taak van verweerster om de meest noodzakelijke hulp voort te zetten. Omdat verweerster van oordeel was dat de behandelingsovereenkomst met patiënte was beëindigd op 5 september 2011, diende zij ofwel acuut de zorg aan een ander over te dragen - wat zij niet heeft gedaan - of de behandelingsovereenkomst voort te zetten totdat een nieuwe behandelaar was gevonden. Naar eigen zeggen heeft zij dat evenmin gedaan. Zij heeft patiënte op 5 september 2011 wel aangemeld bij het programma *Angst en stemmingen*. De aanmeldprocedure was echter al in juni 2011 gewijzigd - wat verweerster niet wist - waardoor elke aanmelding eerst moest worden bekeken door een systeemtherapeut. Deze adviseerde op 8 september 2011 aanmelding bij het zorgprogramma *Psychose en support*. Verweerster heeft patiënte pas op 13 september 2011 - twee dagen na haar overlijden - aangemeld bij dat zorgprogramma. Op welke wijze patiënte hierover zou worden ingelicht, is niet bekend. De huisarts is eerst op 8 september ingelicht; hem kon geen informatie over de vervolgbehandeling worden gegeven. Van het gedwongen ontslag is tot slot geen melding gedaan bij de geneesheer-directeur. De klachtonderdelen drie en vier zijn gegrond.

5.14

Ook het vijfde klachtonderdeel is gegrond. Onduidelijk is gebleven op welke (psychiatrisch relevante) gronden verweerster tot de formulering van haar vooraankondiging is gekomen. Die maakte bovendien - ten onrechte - geen melding van de herhaalde suïcidepogingen in het verleden van patiënte. Daarenboven was de vooraankondiging onvoldoende duidelijk en negatief geformuleerd: '*Cliënte kan in beeld komen om opnieuw een opname af te dwingen. Hier terughoudend in zijn*'. Hoewel verweerster ter zitting heeft verklaard dat een vooraankondiging slechts een advies aan de crisisdienst is, heeft zij zich er rekenschap van moeten geven dat de verpleegkundigen van de crisisdienst zich mogelijk geïnstrueerd zouden kunnen voelen steeds terughoudend te reageren bij een hulpvraag voor patiënte.

5.15

Tijdens de zitting hebben klagers nog gewezen op de gebrekkige taalbeheersing van verweerster en de slechte zorg aan hun dochter mede daaraan geweten. Het college heeft geconstateerd dat verweerster verscheidene vragen van het college niet of onjuist begreep ter zitting. Het onbegrip bij verweerster wijt het college vooral aan de spanningen die een zitting met zich brengen. Haar mondelinge uitdrukkingsvaardigheid vond het college voldoende. Indien echter zou moeten worden aangenomen dat de taalbeheersing in contacten met patiënten hetzelfde niveau heeft als het college heeft ervaren tijdens de zitting, acht het college daaraan het gevaar verbonden dat verweerster en haar patiënten elkaar niet zullen 'verstaan'.

5.16

Het college heeft op grond van het dossier en het verhandelde ter zitting de conclusie moeten trekken dat verweerster niet voldoende bekwaam is om haar vak uit te oefenen. Verweerster lijkt zich daar niet van bewust en heeft ter zitting geen inzicht in haar tekorten getoond. Dat baart het college ernstige zorgen. Het college is van oordeel dat met een lichtere dan de hierna op te leggen maatregel niet kan worden volstaan. Het college kan uiteraard geen uitspraak doen of, indien verweerster adequaat had gehandeld, de

afloop anders zou zijn geweest. Verder wijst het college erop dat de afloop van het gebeuren buitengewoon tragisch is, maar dat de toetsing van het handelen van verweester moet plaatsvinden in het licht van wat haar op tijdens de behandelingsperioden bekend was en bekend kon zijn. Tot slot zal het college bepalen dat deze uitspraak gepubliceerd zal worden.

6. DE BESLISSING

Het college:

- schorst de inschrijving van verweester in het BIG-register als psychiater voor de duur van zes maanden;
- bepaalt dat deze beslissing nadat deze onherroepelijk is geworden in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften 'Medisch Contact', 'Tijdschrift voor Gezondheidsrecht', 'Gezondheidszorg Jurisprudentie', 'Maandblad Geestelijke Volksgezondheid'.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. Th.C.M. Willemse, voorzitter, M.H. Braakman en T.S. van der Veer, leden-psychiater, in tegenwoordigheid van mr. C. Grijsen, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 31 januari 2013 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.