

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 248/2011

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 12 april 2013 naar aanleiding van de op 20 september 2011 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B, en
C, verblijvende te D,
bijgestaan door mr. E. Klijn, advocaat te Arnhem,

k l a g e r s

-tegen-

E, gezondheidszorgpsycholoog, werkzaam te D,
bijgestaan door mr. L.A.P. Arends, advocaat te Nijmegen,

v e r w e e r d e r

1. HET VERLOOP VAN DE PROCEDURE

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift;
- de repliek;
- de dupliek met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 21 september 2012 gehouden gehoor in het kader van het vooronderzoek.

De zaak is behandeld ter openbare zitting van 1 maart 2013 alwaar zijn verschenen klager A en verweerder, beiden bijgestaan door hun raadslieden.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken 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 door verweerder als gezondheidszorgpsycholoog verleende zorg aan klagster, geboren 11 februari 1956, verder ook patiënte te noemen. Patiënte lijdt aan schizofrenie van het paranoïde type en heeft daarnaast meerdere psychische en lichamelijke aandoeningen, waaronder anorexia nervosa. Patiënte is bij beschikking van 14 januari 1999 door de rechtbank onder curatele gesteld in verband met - kort gezegd - een geestelijke stoornis, met benoeming van klager tot curator. Patiënte is sinds 10 mei 2000 opgenomen in een psychiatrische instelling te D, tot december 2005 met een rechterlijke machtiging en sindsdien vrijwillig. Sedert februari 2002 verblijft patiënte bij het F. Patiënte wordt aldaar behandeld door een multidisciplinair behandel- en zorgteam, dat bestaat uit verweerder als behandelaar (sedert december 2002), een psychiater als eindverantwoordelijke voor de behandeling, een maatschappelijk werkende en een persoonlijk begeleider. Patiënte wordt voor haar schizofrenie behandeld met antipsychotica. Hiernaast krijgt zij psychische begeleiding en behandeling, psycho-educatie en begeleiding van een diëtiste. Ze volgt bezigheids-therapieën en is een aantal dagdelen per week werkzaam op de repro. Verweerder streefde vanaf de start van zijn betrokkenheid bij patiënte naar periodiek persoonlijk overleg met klager en/of telefonisch overleg. Klager had geen behoefte aan periodiek overleg, wilde op enig moment ook niet meer telefonisch overleggen met verweerder en nam al nooit de telefoon op als het nummer was afgeschermd, zoals in de instelling gebruikelijk was. Vanaf dat moment kon alleen schriftelijk worden gecommuniceerd met klager. Op klagers verzoek om informatie werd vanaf 2002 elke maand een rapportage naar hem opgestuurd, met informatie over de ontwikkelingen rondom de behandeling van patiënte en stukken uit het dossier.

Het team heeft regelmatig besprekingen over het behandelplan van patiënte. Aanpassingen in het behandelplan werden voor ondertekening aan patiënte en klager voorgesteld. Nadat klager het behandelplan van 2 juni 2005 met 'niet akkoord' ondertekende, ontstond er een verschil van mening met verweerder over de wilsbekwaamheid van klagster. Klager liet verweerder per brief van 26 juni 2005 weten: *"Het behandelplan dient door [patiënte] voor akkoord te worden ondertekend op die onderdelen van het plan waartoe zij wilsbekwaam wordt geacht. Op de andere onderdelen teken ik, als curator, voor akkoord. In het behandelplan is dit onderscheid niet terug te vinden."* Verweerder antwoordde klager per brief d.d. 20 juli 2005: *"Ik acht uw zus alle punten, die in het behandelplan genoemd worden, in staat te begrijpen en hierover met mij te overleggen. In die zin acht ik haar wilsbekwaam [...]"* Op 27 oktober 2010 schreef verweerder het volgende aan klager: *"In onze werkwijze omtrent het behandelplan en de curator zijn wij er ons van bewust dat de curator de patiënt vertegenwoordigt met betrekking tot het behandelplan. Dat neemt niet weg dat wij vanuit goed hulpverlenerschap ook overleggen met de patiënt over het behandelplan. Daarbij is van belang of de patiënt het er mee eens is of zich er tegen verzet en telt de wilsbekwaamheid van haar mening [...]"* Vanaf 2005 werden de behandelplannen niet meer door klager ondertekend.

Op 4 augustus 2010 heeft klager schriftelijk gevraagd om inzage in het dossier van patiënte, op enig moment ook in het elektronisch dossier. Uiteindelijk heeft het tot december 2010 geduurd voordat klager ter plekke het gehele elektronisch dossier kon inzien, met de mogelijkheid afschriften te krijgen van door hem aan te wijzen gedeelten als hij daar nog niet over beschikte.

Ter zitting is gebleken dat klager door de rechter is ontslagen als curator met benoeming van een mentor en een bewindvoerder. Dit op verzoek van het Openbaar Ministerie dat hierover was benaderd door de instelling waar patiënte verblijft. De kantonrechter heeft deze beslissing niet uitvoerbaar bij voorraad verklaard en klager is dus nog curator, nu zowel hij als patiënte (via een eigen advocaat) hiertegen in beroep zijn gegaan.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

Klagers verwijten verweerder, zakelijk weergegeven:

1. dat verweerder hem en patiënte onvoldoende informatie heeft gegeven over de gebruikte behandelmethoden;
2. dat verweerder onvoldoende tijd aan patiënte heeft besteed en zijn eigen belangen laat prevaleren boven de belangen van patiënte;
3. dat verweerder onvoldoende aandacht heeft besteed aan de daadwerkelijke klachten van patiënte, met name de anorexia nervosa, en onvoldoende invulling heeft gegeven aan het behandelplan;
4. dat verweerder geen deskundige, doelgerichte en effectieve behandeling heeft gegeven;
5. dat verweerder klager, in zijn rol van curator, onvoldoende heeft betrokken bij de besluitvorming en behandelplannen.
6. dat verweerder zich niet heeft ingespannen voor afbouw van de hypnotica;
7. dat verweerder voortdurend inzage in het patiëntendossier heeft gefrustreerd.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERDER

Verweerder voert -zakelijk weergegeven- het volgende aan.

Ad 1. Hij heeft klager voldoende informatie gegeven over de gezondheidstoestand van patiënte. De communicatie met klager was lastig omdat hij vaak niet in gesprek wenste te gaan maar alleen schriftelijk communiceerde. Om die reden heeft klager stelselmatig schriftelijk informatie ontvangen, die voldoende is geweest.

Ad 2. Hij heeft gesprekken gehad met patiënte gedurende de gebruikelijke tijdsduur van 30 minuten en van regelmatige verstoring van gesprekken door het in- en uitlopen van de gespreksruimte door andere personen was geen sprake. Klager is bij deze gesprekken nooit aanwezig geweest.

Ad 3. Patiënte lijdt primair aan een psychotische stoornis (schizofrenie) aan welke stoornis de anorexia nervosa ondergeschikt is. Het eetpatroon van patiënte wordt door een diëtiste begeleid, waarbij het verplegend personeel zicht heeft op het eetpatroon en de psychiater, hoofdbehandelaar, van de relevante zaken in de zorgverlening aan patiënte op de hoogte is. Ad 4. Bij de behandeling is gekozen voor systematische rehabilitatie, waarbij gebruik werd gemaakt van motiverende gespreksvoering. Met betrekking tot de behandeling van patiëntes angsten is gebruik gemaakt van de behandeling Resource Development Installation (RDI). Deze methode is afgeleid van de Eye Movement Desensitization and Reprocessing methode (EMDR). Het resultaat is tot op heden moeilijk meetbaar, omdat het lastig voor patiënte bleek om te komen tot een werkhypothese. Er is wel meer berusting en acceptatie van patiëntes beleving over haar dagelijkse situatie.

Gelet op patiëntes voorkeur tot het in eigen beheer innemen van medicatie heeft zij een jaar lang een Libermantraining 'omgaan met antipsychotische medicatie' gevolgd.

Het proberen de medicatie in eigen beheer te laten plaatsvinden leidde bij patiënte tot onrust waardoor de medicatie weer onder toezicht werd verstrekt. In overleg met haar is gezocht naar een schema voor de verstrekking en het gebruik van medicatie in overeenstemming met het gewenste dagprogramma. Patiënte accepteert het feit dat zij de medicatie niet in eigen beheer kan innemen.

Ad 5. Klager heeft onvoldoende voor ogen dat het de taak is van zowel zorgverleners als wettelijke vertegenwoordiger om te bevorderen dat de onder curatele gestelde patiënt zijn beslissingen over zorgaangelegenheden zelf neemt voor zover zij tot een redelijke belangenafweging ter zake in staat is. De hulpverlener maakt uit of een patiënt al dan niet tot een redelijke waardering van haar belangen in staat kan worden geacht.

Vaststaat dat klager nauw bij de besluitvorming betrokken is en uitvoerig informatie ontvangt. Ook staat vast dat patiënte de behandelplannen weloverwogen heeft getekend. Verweerder heeft in overleg met andere behandelaars als goed hulpverlener gehandeld. De behandelend psychiater is hoofdbehandelaar en eindverantwoordelijk

Ad 6. Het voorschrijven van medicatie is niet de verantwoordelijkheid van een gz-psycholoog, maar van de behandelend psychiater.

Ad 7. De organisatie heeft moeite gehad om tot een afspraak te komen met klager over inzage in het elektronisch dossier omdat er van de zijde van de organisatie iemand moest worden vrijgemaakt om dat systeem te bedienen, waarbij kwam dat de data over en weer niet schikten. Verweerder stond buiten deze organisatorische problemen.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Voor zover verweerder zijn oorspronkelijke ontvankelijkheidsverweer met betrekking tot klager heeft gehandhaafd, overweegt het college dat klager in elk geval kan worden ontvangen in zijn klacht omdat patiënte zich naderhand via de raadsman aan zijn zijde heeft gevoegd als klaagster.

5.2

Het college wijst er bij de inhoudelijke beoordeling 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.

5.3

Gebleken is dat het klager zeer dwars zit dat verweerder hem in zijn rol van curator onvoldoende heeft betrokken bij de besluitvorming en de op basis daarvan tot stand gekomen behandelplannen. Uit de stukken en het verhandelde ter zitting is gebleken dat verweerder van het begin af aan heeft getracht een open communicatielijntje met klager op te zetten, ook al omdat hij op zijn hoede was omdat er voordien op andere afdelingen klachten waren ingediend door klager. Hij heeft zich evenwel niet gerealiseerd wat het betekende dat klager curator is. Dat is wat anders dan een naaste verwant als "contactpersoon", zoals verweerder klager ook ter zitting nog een keer heeft aangeduid.

Als niet het feit dat patiënte onder curatele stond daartoe aanleiding vormde, had, in elk geval het feit dat klager als curator uitdrukkelijk wees op de vraag in hoeverre de patiënt wilsbekwaam is voor verweerder als behandelaar aanleiding moeten zijn om samen met het team en in elk geval de psychiater een concreet onderzoek te doen naar en een gemotiveerd oordeel te geven over de wilsbekwaamheid van patiënte. Voorts had hij de curator hierbij moeten betrekken en hem hierover moeten inlichten. Verweerder heeft noch aan klager, noch aan het college ter zitting kunnen uitleggen hoe in concreto bij klaagster de wilsbekwaamheid is vastgesteld. Ter zitting is door verweerder daarentegen in algemene zin aangegeven dat in feite alle patiënten op de desbetreffende afdeling uit respect voor hun autonomie altijd als wilsbekwaam worden beschouwd. Dit diende echter steeds individueel te worden bepaald, zo nodig periodiek of per (nieuwe) behandeling. Daaraan heeft het hier ontbroken. Mede daardoor is de verhouding tussen klager en verweerder vanaf 2006 geëscaleerd. Het gedeelte van de klacht dat betrekking heeft op het onvoldoende betrekken van klager als curator bij de behandeling is op basis van het voorgaande gegrond.

5.4

De klacht is voor al het overige ongegrond. Vanaf 2002 heeft de instelling elke maand de stukken van de voorgaande behandelperiode toegestuurd naar klager, met een inventarisatie daarvan. Daar valt niets op aan te merken. Het was aan klager om te vragen om nadere informatie over behandelmethodes, maar terecht heeft verweerder aangevoerd dat dit beter in een persoonlijk gesprek kan en niet schriftelijk. Het is niet aannemelijk geworden dat het aan verweerder is te wijten dat er geen mondeling overleg heeft plaatsgevonden, integendeel. Klager gaf immers ter zitting aan geen behoefte te hebben gehad aan regelmatig overleg. Het is ook geenszins aannemelijk geworden dat verweerder onvoldoende aandacht heeft geschonken aan patiënte. Patiënte werd multidisciplinair behandeld op verschillende deelgebieden met verschillende behandelingen. Klager verliest bij de door hem, met de beste bedoelingen aangedragen, alternatieven, en ook bij zijn wens dat patiënte voortaan door een andere behandelaar wordt begeleid naar meer zelfstandig wonen in een RIBW-omgeving, uit het oog dat het gaat om een ernstig zieke psychiatrische patiënte waarmee wellicht niet veel en in elk geval niet gemakkelijk vooruitgang is te boeken, in elk geval niet met de door hem aangedragen therapieën. Het is ook niet aannemelijk geworden dat verweerder onvoldoende tijd aan patiënte heeft besteed. Verweerder heeft terecht aangevoerd dat de verantwoordelijkheid voor de medicatie bij de psychiater ligt, die ook eindverantwoordelijk is voor de behandeling als geheel. Ten slotte is niet aannemelijk geworden dat de tijdsduur die heeft gelegen tussen het verzoek om inzage in het (elektronisch) dossier en de daadwerkelijke inwilliging daarvan aan iets anders heeft gelegen dan aan organisatorische problemen bij de instelling en agendaproblemen aan beide kanten, waarvoor verweerder in elk geval niet tuchtrechtelijk verantwoordelijk is te houden. Het college is, kortom, van oordeel dat de behandeling van patiënte, voor zover verweerder daarvoor verantwoordelijk is te achten, adequaat is geweest.

5.5

Wat de zwaarte van de op te leggen maatregel betreft, wordt het volgende overwogen. De indruk bestaat dat de instelling zelf en de eindverantwoordelijke psychiater steken hebben laten vallen met betrekking tot de organisatie van de zorg rond een patiënte als hier, die onder curatele stond. In de periode waarin patiënte gedwongen was opgenomen en onder het regime van de Wet BOPZ viel, was al verschil van mening ontstaan tussen klager en de behandelend psychiater over de medicatie. Dat heeft uiteindelijk

geleid tot een procedure in het kader van de Wet BOPZ bij de rechtbank in welk kader de rechtbank een onafhankelijke psychiater heeft benoemd om de wilsbekwaamheid van patiënte te beoordelen. De instelling was dus gewaarschuwd. Verweerder was echter de dagelijkse behandelaar, spin in het web en degene die de contacten met klager onderhield. De eindverantwoordelijke psychiater stond meer op afstand en tekende behandelplannen “voor gezien”. Dit betekent dat het voorgaande verweerder niet kon ontslaan van zijn eigen verantwoordelijkheid om zorgvuldig om te gaan met de bepaling van de wilsbekwaamheid van patiënte en de rol van klager als curator. Daartoe stond hem onder meer de “Handreiking voor beoordeling van wilsbekwaamheid”, te vinden op www.rijksoverheid.nl onder ‘documenten en publicaties’ ter beschikking. Het feit dat verweerder hier niet zorgvuldig mee is omgegaan is hem tuchtrechtelijk te verwijten en kan, ondanks alles, niet met minder dan een waarschuwing worden afgedaan.

6. DE BESLISSING

Het college waarschuwt verweerder.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. A.L. Smit, voorzitter, en L.P.T. Raijmakers en S.M. Pol, leden-gezondheidszorgpsychologen, in tegenwoordigheid van mr. G.E. Bart, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 12 april 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 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.