

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 041-2012

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE

Beslissing d.d. 26 april 2013 naar aanleiding van de op 6 maart 2012 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle ingekomen klacht van

A, wonende te B,

k l a g e r

-tegen-

C, gezondheidszorgpsycholoog, wonende te B,
gemachtigde: mr. M.J.G. Peters, advocaat te Zwolle,

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 bijlagen;
- het verweerschrift met bijlagen;
- de repliek met bijlagen;
- de dupliek;

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

De zaak is, gezamenlijk met zaaknummer 042/2012, behandeld ter openbare zitting van

8 maart 2013, alwaar zijn verschenen klager en verweerster, bijgestaan door haar gemachtigde.

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 betreft de partner van klager, D, hierna te noemen: patiënte. Patiënte was werkzaam als oncologisch verpleegkundige bij het E te B. Zij viel uit voor haar werk door arbeidsomstandigheden.

Op 1 maart 2007 is patiënte door de bedrijfsarts van de Arbo-Milieudienst van het E verwezen naar F, waar verweerster destijds werkzaam was. F is de "preferred supplier" van de Arbo-Milieudienst van het E. F en de Arbo-Milieudienst van het E hebben ter zake van de psychologische hulpverlening door F een convenant gesloten.

Omtrent de verwijzing is tussen verweerster en de bedrijfsarts telefonisch contact geweest.

In de verwijzingsbrief staat het volgende vermeld:

"Reden van verwijzing:

Surmenage/burn out (recidief)

Met een achtergrond van zowel privé als werkfactoren;

Vraagstelling vanuit de AMD:

Nadere psychologische diagnostiek en interventie

Werksituatie

toenemende zwaarte en complexiteit in de functie, hoge werkdruk.

Beleving van afnemende competentie, gevoel van insufficiëntie

Privé situatie

Verwerking van lifeevent: overlijden van zus"

Patiënte is uitgenodigd voor een intake bij verweerster, die heeft plaatsgevonden op respectievelijk 5 maart en 19 maart 2007. Ten behoeve van deze intake zijn een tweetal vragenlijsten ingevuld, te weten de Symptom Checklist (SCL-90) en de Utrechtse Burn Out Schaal (UBOS).

Verweerster heeft naar aanleiding van de intake als diagnose gesteld dat er sprake is van een aanpassingsstoornis niet gespecificeerd, met dwangmatige trekken. Psychosociaal is sprake van veranderingen op de werkplek. Het samen met patiënte opgestelde behandelplan had ten doel de balans tussen inspanning en ontspanning te herstellen, het managen van stress te verbeteren en de copingvaardigheden te verbreden met behulp van cognitieve gedragstherapie en terugvalpreventie. Ingeschat werd dat voor dit behandelplan ongeveer 10 sessies nodig zouden zijn.

Op 2 april 2007 heeft verweerster het intakeverslag aan de bedrijfsarts verzonden. Een kopie van deze brief heeft verweerster aan de huisarts verzonden.

Er hebben in totaal 15 sessies bij verweerster plaatsgevonden. Daarbij zijn gedachte-schema's meegegeven waarmee thuis kon worden geoefend. Daarnaast zijn vragen meegegeven die patiënte zichzelf kon stellen om bewijzen te vinden van irreële gedachten. Ook zijn nog ontspanningsoefeningen meegegeven.

Na de vijfde sessie heeft op 21 mei 2007 een tussentijdse evaluatie plaatsgevonden aan de hand van een door patiënte ingevulde vragenlijst.

Op 6 september 2007 heeft de bedrijfsarts telefonisch contact opgenomen met verweerster om te overleggen over het traject van patiënte. In de telefoonnotitie van verweerster staat het volgende genoteerd:

"Had idee dat herstel stokte. Heeft niet het idee dat er medisch gezien nog sprake is van een andere diagnose, maar stelt wel vast dat ze al een jaar uit de running is. Geeft daarnaast aan dat er veel veranderingen op de werkplek zijn.

Ik heb aangegeven dat ik dat ook signaleer, maar dat ik het idee heb dat haar dwangmatigheid haar vaak toch veel spanning oplevert en dat als ze minder met zorgen in de toekomst bezig is het wel weer beter gaat. G trekt conclusie dat we doorgaan met hetzelfde plan. Verder wel in de gaten houden of huidige werkplek (toch een wat zwaardere binnen het ziekenhuis) wel geschikt is."

Na twaalf sessies heeft op 8 oktober 2007 wederom een tussentijdse evaluatie plaatsgevonden aan de hand van een door patiënte ingevulde vragenlijst.

Op 21 november 2007 heeft patiënte telefonisch verzocht om de afspraak voor de vijftiende sessie te vervroegen omdat het niet zo goed ging. Daarop heeft verweerster de afspraak verplaatst naar 22 november 2007. Naar aanleiding van het gesprek dat verweerster tijdens die sessie met patiënte voerde, is de Hamilton-depressielijst afgenomen. Op de lijst heeft patiënte aangegeven dat zij geen zelfmoordneiging heeft en scoorde zij 17 punten. In het verslag dat verweerster van die sessie maakte staat vermeld:

*" **Verslag:** Ging niet goed met haar. Was somber en zag erg tegen 't werk op. Had echter wel weer wat rust gekregen door zichzelf toe te staan de lat naar beneden te halen en toch voorlopig als verpleegassistent te werken (minder verantwoordelijk werk + meer op routine en zekerheden).*

Had daarnaast het idee dat verdriet rondom het overlijden van haar zus te weinig ruimte heeft kunnen krijgen door accent op werkhervatting.

Merkte ook dat ze weerstand had t.o.v. de therapie. Kortom, het kostte allemaal teveel, wil even rust inbouwen.

Gehad over 't gebruik van medicatie ivm somberheid, ook nav. score op de Hamilton.

Nieuwe afspraken: -> belt mij zelf voor nieuwe afspraak

-> ik bel G ivm stand van zaken

-> cliënte geadviseerd contact op te nemen met de huisarts ivm gebruik medicatie vanwege somberheid

Volgende afspraak: Belt zelf voor nieuwe afspraak.

Heeft boek leven in het leven mee en mijn emailadres."

Diezelfde dag heeft verweerster telefonisch contact opgenomen met de bedrijfsarts. In de telefoonnotitie van verweerster staat genoteerd:

"Vindt positief dat D stapje terug doet. Zal in gesprek met haar nog benadrukken dat zo'n stap terug tijdelijk is en dat ze op zaken terug kan komen. Geeft aan dat er veel medewerking is haar ruimte te geven maar dat ze 't zelf moet aangeven."

Patiënte heeft zich op 3 december 2007 tot de praktijk van de huisarts gewend met het verzoek om medicatie. Er is een afspraak gepland waar zij niet is verschenen.

Op 5 december 2007 heeft patiënte zelfmoord gepleegd, wat verweerster op 6 december 2007 telefonisch van de bedrijfsarts heeft vernomen. Klager is nadien enige tijd opgenomen geweest in het centrum voor psychisch herstel te H.

Op 19 december 2007 heeft verweerster tevergeefs telefonisch contact gezocht met de huisarts. Op 20 december 2007 heeft zij telefonisch gesproken met de leidinggevende van patiënte. Bij brief van 7 januari 2008 heeft verweerster de bedrijfsarts en de huisarts

een afrondend verslag toegezonden. Op 14 januari 2008 heeft verweerster nogmaals telefonisch contact opgenomen met de huisarts.

Op enig moment heeft klager zich tot verweerster gewend met het verzoek om een gesprek. Dit gebeurde via een medewerker van het centrum waar klager op dat moment verbleef. Na ruggespraak met haar werkgeefster heeft verweerster aan die medewerker te kennen gegeven dat een gesprek mogelijk is maar dat klager zijn vragen beter vooraf op papier kan zetten en dat er kosten aan het gesprek verbonden zijn. Later heeft klager zich schriftelijk tot verweerster gewend met de mededeling dat hij zich niet in staat voelt om al zijn vragen op papier te zetten en dus niet aan de voorwaarde kan voldoen. Verweerster heeft klager op

24 april 2008 bericht begrip te hebben voor de moeilijke situatie en zij heeft zich bereid verklaard om op een later moment, indien klager dat alsnog wil, met hem in gesprek te gaan en te trachten zijn vragen te beantwoorden.

In opdracht van de raad van bestuur van het E heeft I, huisarts en destijds universitair hoofddocent Huisartsenopleiding aan de J, in juni 2009 gerapporteerd over de begeleiding van patiënte door leidinggevenden, de personeelsfunctionaris, het management, de Algemene Medische Dienst (bedrijfsarts) en F. De definitieve uitkomst van het onderzoek ter zake van de begeleiding door F is vastgesteld in een rapport van 22 maart 2010. Het college en verweerster hebben de beschikking over een gedeelte, te weten 15 bladzijden, van dit rapport.

3. HET STANDPUNT VAN KLAGER EN DE KLACHT

De verwijten die klager verweerster maakt hebben, kort gezegd, betrekking op:

- de diagnostiek en de opstelling van het behandelplan bij aanvang van de behandeling;
- de uitvoering van de behandeling;
- de terugkoppeling van informatie naar en overleg met zowel de bedrijfsarts als de huisarts;
- de nazorg.

Meer specifiek vallen de verwijten in de volgende onderdelen uiteen.

Diagnose en behandelplan (bij aanvang van de behandeling)

1. onvolledige anamnese (werk en privésituatie onvoldoende uitgevraagd en beschreven) en onvoldoende aandacht voor de hulpvraag van patiënte (en te veel gericht op de vraagstelling van de verwijzer, te weten re-integratie);
2. in de gegeven omstandigheden (te weten de wens om te stoppen in de zorg, beperkte restcapaciteit gelet op langdurig ziektebeeld, eerdere re-integratiepogingen, omstandigheden op de werkvloer, privésituatie, dwangmatige trekken en einde loopbaan) ten onrechte ingezet op cognitieve gedragstherapie met gedachteschema's en andere opties (zoals volledige time out, beëindiging loopbaan en opname hersteloord) niet overwogen;
3. geen keuzevrijheid ten aanzien van de behandeling en behandelaar en onvoldoende informatie over de behandeling (belasting, risico's, kans van slagen en alternatieven);
4. geen "uitkomstmaten" vastgesteld (wat moet binnen welke termijn gerealiseerd worden en hoe moet dat worden getoetst).

Uitvoering van de behandeling

5. onduidelijk wie eindverantwoordelijk was voor de uitbreiding van werktijden en geen regie gevoerd over de uitbreiding van werktijden, waarbij onvoldoende rekening is gehouden met de draagkracht/restcapaciteit, mate van herstel en situatie van de werkvloer;
6. tussentijds (in het bijzonder in september 2007, naar aanleiding van signalen die tijdens de sessies nadien zijn geuit en in november 2007) ten onrechte de diagnose niet heroverwogen, de behandeling (gedachteschema's) niet bijgesteld en geen psychiater geconsulteerd;
7. ten onrechte geen supervisie gevraagd aan K;
8. ten onrechte nimmer contact gelegd met klager.

Terugkoppeling van informatie naar en overleg met de bedrijfsarts en de huisarts

9. tussentijds onvoldoende mondelinge en schriftelijke terugkoppeling naar en overleg met de bedrijfsarts (tussentijds slechts één telefonisch contact op initiatief van de bedrijfsarts, geen schriftelijke evaluaties verzonden en besproken);
10. tussentijds onvoldoende mondelinge en schriftelijke terugkoppeling naar en overleg met de huisarts;
11. op 22 november 2007 geen goede overdracht naar de bedrijfsarts en de huisarts (de bedrijfsarts stelt volgens klager niet op de hoogte te zijn gesteld van het feit dat patiënte depressief was);
12. ten onrechte geen driegesprek (bedrijfsarts, verweerster en patiënte).

Nazorg

13. na het overlijden niets van zich laten horen en geen nazorg aan klager geboden;
14. als klager zelf het initiatief neemt voor een gesprek wordt een onacceptabel hoge drempel opgeworpen (vragen schriftelijk vooraf, declaratie);
15. als klager schriftelijk vragen stelt en het medisch dossier opvraagt worden vragen summier of slecht beantwoord en wordt inzage geweigerd, met een beroep op de privacy;
16. geen medewerking verleend aan het onderzoek van I.

4. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat haar geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt ten aanzien van enig handelen of nalaten jegens klager of patiënte en dat evenmin sprake is geweest van enig handelen of nalaten in strijd met het belang van een goede uitoefening van de gezondheidszorg. Verweerster heeft gemotiveerd verweer gevoerd zoals hieronder wordt weergegeven.

ad. 1 en 2

De klachten, psychiatrische voorgeschiedenis, somatische gegevens, biografische gegevens, het functioneren, de persoonsontwikkeling en life events zijn aan de orde geweest en meegewogen voor de opstelling van het behandelplan.

"Veranderingen op haar werk" zijn als stressor beschreven omdat uit de intake en de ingevulde vragenlijsten is gebleken dat die met name de problematiek veroorzaakt. Patiënte heeft aangegeven dat zij de behandeling wil concentreren op terugkeer naar werk en hoe zij daarin reële eisen aan zichzelf kan stellen (met het verlies van haar zus kan zij zelf goed omgaan, de ziekte van haar man en lichamelijke klachten spelen geen rol meer). Doel van de behandeling was niet volledige re-integratie maar afname van de klachten door ondersteuning bij herstel balans tussen inspanning en ontspanning, stressmanagement en verbreding van copingvaardigheden.

Voor deze hulpvraag is cognitieve gedragstherapie (met gebruikmaking van gedachte-schema's) de geëigende therapie. Deze therapie is evidence-based, is goed onderzocht op effecten en wordt in multidisciplinaire richtlijnen vaak genoemd als behandeling van eerste voorkeur. Bij de anamnese heeft verweester voldoende stilgestaan bij de klachten en de hulpvraag. De score op de SCL-90 liet een bevestigend beeld zien van de klachten, namelijk een lage score. Verweester heeft zich een beeld kunnen vormen en heeft zich daadwerkelijk een beeld gevormd van de belastbaarheid en deze als voldoende ingeschat voor de therapie.

ad. 3

De bedrijfsarts bespreekt als verwijzer met de betrokkene of hij of zij wil worden doorverwezen. Daarbij geeft de bedrijfsarts aan dat verwijzing naar F een keuze kan zijn. Patiënte heeft hiermee ingestemd. Verweester heeft uitgelegd wat cognitieve gedragstherapie inhoudt en waarom de therapie zinvol kan zijn om meer grip te krijgen op irrationele gedachten ten aanzien van onzekerheden op het werk die zich uiten in gespannenheid en lichamelijke klachten. Patiënte heeft op basis hiervan gericht en in vrijheid ingestemd met de behandeling.

ad. 4

Verweester weet niet precies wat klager bedoelt met "uitkomstmaten". Volgens verweester is het in elk geval niet mogelijk om vooraf een concrete "uitkomstmaat" vast te stellen, ook omdat verweester haar behandeling op maat bijstelt. Wel is achteraf vast te stellen of een behandeling tot resultaten leidt.

ad. 5

Verweester stelt voorop dat het re-integratiebeleid en in het bijzonder de uitbreiding van werktijden de taak van de bedrijfsarts is. Dat is gebruikelijk en is opgenomen in het convenant. Verweester speelt hierin slechts een beperkte rol. Zij kan de bedrijfsarts alleen aangeven in hoeverre de behandeling vruchten afwerpt en dat heeft zij in dit geval ook gedaan. Het was niet aan verweester om in contact te treden met de werkvloer. Overigens heeft verweester de ontwikkelingen op de werkvloer op de voet gevolgd doordat dit aspect een terugkerend onderwerp was in de behandelsessies. Uit die sessies volgde ook dat het contact met de leidinggevende en collega's goed was en dat zorgvuldig en in overleg werd omgegaan met de opbouw van uren. De re-integratie verliep zeer geleidelijk en naar wens van patiënte.

ad. 6

Op 6 september 2007 heeft telefonisch overleg plaatsgevonden met de bedrijfsarts. In gezamenlijk overleg is besloten dat er geen aanleiding bestond om de diagnose te herzien en is afgesproken dat behandeling en re-integratie werden voortgezet. Wel moest men alert zijn of de huidige werkplek nog wel geschikt was.

Op 22 november 2007 gaf patiënte voor het eerst aan dat zij zich somber voelde. Verweester heeft de Hamilton depressielijst afgenomen. Verweester heeft patiënte expliciet gevraagd of zij aan zelfdoding dacht, waarop zij te kennen gaf dat dat niet aan de orde was. Zij wilde rust inbouwen en zelf contact opnemen als zij de therapie wilde hervatten. Vervolgens zijn concrete afspraken gemaakt. Verweester heeft de wens om tijdelijk met de therapie te stoppen gerespecteerd. Het kwam haar niet onlogisch voor omdat patiënte aangaf te hebben besloten verder te gaan als verpleegassistent. De Hamiltonscore gaf geen aanleiding om onmiddellijk maatregelen te treffen omdat er goede afspraken waren gemaakt.

Bij aanvang van de behandeling, noch in september bestond aanleiding om een psychiater te consulteren. Ook in november 2007 was daarvoor geen reden vanwege de diagnose matige depressie, het feit dat er geen suicidale ideaties waren en het feit dat patiënte zeer kordaat was in de sessie ten aanzien van de door haar genomen beslissingen.

Dat bij toepassing van de gedachteschema's onvoldoende rekening is gehouden met de dwangmatige trekken van patiënte, betwist verweerster. Gedurende de therapie is meermalen bekeken hoe de oefeningen licht en werkbaar konden worden gehouden (korte oefeningen, niet langer dan een half uur per dag en niet in de avonduren). Toen patiënte op enig moment aangaf moeite te hebben met de gedachteschema's zijn de schema's tijdens de sessies behandeld en op die wijze hanteerbaar gemaakt.

ad. 7

Verweerster heeft over het behandelplan en gedurende de behandeling overleg gevoerd met K. Er vond tweewekelijks een bespreking plaats, waarbij aandacht werd geschonken aan de intake, de diagnose en de voortgang van behandeling. Ook de behandeling van patiënte is daarbij aan de orde gekomen.

ad. 8

Vanuit de hulpvraag, die gericht is op de werksituatie, bestond geen aanleiding om klager bij de behandeling te betrekken. Klager heeft tijdens de behandeling ook geen contact gezocht. Patiënte heeft bovendien aangegeven dat zij niet wilde dat klager haar naar de therapie begeleidde.

ad. 9, 10 en 11

Er heeft drie keer telefonisch contact plaatsgevonden met de bedrijfsarts: bij aanvang, tussentijds op 6 september 2007 en op 22 november 2007. Derhalve is op cruciale momenten contact geweest en is gesproken over de diagnose en behandelkoers. Evaluaties door de betrokkene hoeven niet aan de bedrijfsarts toegestuurd te worden. Voor contact c.q. overleg met de huisarts bestond geen aanleiding. Na het laatste contact op 22 november 2007 had verweerster wellicht contact op kunnen nemen met de huisarts maar er waren goede afspraken gemaakt (verweerster zou de bedrijfsarts inlichten en patiënte zou zich tot de huisarts wenden). Patiënte heeft zich ook daadwerkelijk gewend tot de huisarts en een afspraak gemaakt. Verweerster heeft ingeschat dat patiënte in staat was om de gemaakte afspraken na te komen.

ad. 12

Een driegesprek heeft inderdaad niet plaatsgevonden, maar is niet gebruikelijk en was in dit geval ook niet geïndiceerd.

ad 13 t/m 16

De werkgeefster heeft een condoleancekaart gezonden. In latere instantie heeft verweerster contact willen zoeken met klager maar, van de bedrijfsarts en de huisarts vernam zij dat het niet goed ging met klager en heeft zij het advies gekregen om geen contact te zoeken.

Verweerster acht het niet juist en betreurt het dat zij klager op advies van de werkgeefster heeft meegedeeld dat er kosten zijn verbonden aan een door hem gevraagd gesprek. Zij heeft later nogmaals aangegeven bereid te zijn tot een gesprek, waarbij zij die voorwaarde niet heeft gesteld. Klager is daar niet op ingegaan. Het handelen van verweerster is verder ingegeven geweest door haar geheimhoudingsplicht.

Verweerster betwist dat zij geen medewerking heeft verleend aan het onderzoek van I. Haar is nimmer om medewerking verzocht.

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

Het college brengt onder de aandacht dat klager jegens verweerster een groot aantal subklachten heeft ingediend. In rubriek 3 heeft het college die subklachten gerangschikt en in rubriek 4 het verweer daarop ingedeeld. Ter zitting heeft klager gesteld dat het er niet om gaat dat het college iedere subklacht bespreekt. Het gaat -zo begrijpt het college- klager om de grote lijn of verweerster patiënte en hem juist heeft behandeld. Het college zal de klacht dan ook langs die lijn bespreken.

5.3

Verweerster heeft, zo blijkt uit het overgelegde dossier, uitgebreid verslag gelegd van de intakegesprekken met patiënte en de behandelsessies. De handgeschreven aantekeningen zijn hier en daar moeilijk te lezen en enigszins rommelig, maar -zoals verweerster ter zitting heeft uitgelegd- zij dienen als geheugensteunen voor het opstellen van het intakeverslag en voor de verdere behandeling. Ter zitting geeft verweerster blijk dat zij -vijf jaar na dato- in staat is aan de hand van die geheugensteunen uitgebreid en ter zake doende in te gaan op de vraagstelling van het college en klager. Het dossier van verweerster biedt daarmee een goede basis om het handelen van verweerster jegens patiënte te toetsen aan de in 5.1 vermelde norm.

5.4

Diagnostiek en behandelplan

Over de verwijzing heeft verweerster voorafgaand aan de intake overleg gehad met de bedrijfsarts. Mocht die verwijzing al als summier worden betiteld dan is dat in dit overleg aangevuld. De anamnese is naar het oordeel van het college gezien de aantekeningen van de twee intakegesprekken en gehoord verweerster ter zitting uitgebreid en volledig geweest. De diagnose, een aanpassingsstoornis niet gespecificeerd, met dwangmatige trekken, is juist gesteld. Patiënte wilde de behandeling concentreren op terugkeer naar werk en hoe zij daarin reële eisen aan zichzelf kan stellen. Het doel van de behandeling was niet volledige re-integratie maar afname van de klachten. Dat patiënte heeft gezegd "uit de zorg" te willen betekent niet dat zij dus niet heeft gekozen voor deze behandeling. Voor de hulpvraag van patiënte, die op de juiste wijze is bepaald, is cognitieve gedragstherapie (met gebruikmaking van gedachteschema's) naar het oordeel van het college inderdaad de geëigende therapie. Niet gezegd kan worden dat patiënte geen keuzevrijheid had. Ook al vond de verwijzing door de bedrijfsarts naar F plaats in het kader van re-integratie naar eigen werk, dan nog was patiënte niet verplicht de behandeling door

verweerster te aanvaarden. Tot de stukken behoort bovendien de door patiënte ondertekende behandelovereenkomst. Het formuleren van “uitkomstmaten” als bedoeld door klager is bij de voorgestelde therapie niet mogelijk.

5.5

Uitvoering van de behandeling

Wie er ook verantwoordelijk was voor de uitbreiding van de werktijden van patiënte, verweerster was dat niet en kon dat ook niet zijn vanuit haar positie als behandelend psycholoog. Uit de aantekeningen van de sessies en de verklaringen van verweerster ter zitting volgt dat patiënte haar heeft geïnformeerd over werktijden en overleg met onder andere haar leidinggevende. Naar het oordeel van het college heeft verweerster daarin geen aanleiding hoeven zien de behandeling aan te passen. Patiënte en verweerster hebben steeds afspraken kunnen maken over hoe verder te gaan met de behandeling. Niet gezegd kan worden dat verweerster meer, vaker of anders had moeten communiceren met de bedrijfsarts en/of de huisarts dan wel een psychiater heeft moeten inschakelen. Dit geldt ook voor de laatste sessie op 22 november 2007. Verweerster heeft terecht en op juiste wijze, gezien de somberheid van patiënte, de Hamilton depressielijst afgenomen. Verweerster heeft patiënte expliciet gevraagd of zij aan zelfdoding dacht. Gegeven de antwoorden van patiënte en de score van 17 punten op die lijst, heeft verweerster de juiste afspraken met patiënte gemaakt. Dat patiënte op 5 december 2007 een einde heeft gemaakt aan haar leven, is verweerster niet te verwijten en dat doet klager ook niet. K is niet de supervisor van verweerster die immers niet in opleiding was. Wel heeft -terecht- intercollegiaal overleg plaatsgevonden. Wat betreft het niet opnemen van contact met klager verwijst het college met instemming naar ad. 8 van rubriek 4.

5.6

Terugkoppeling naar en overleg met bedrijfsarts en huisarts

Het college verwijst naar ad. 9, 10 en 11 en ad. 12 van rubriek 4. Het college is het eens met dit verweer.

5.7

Nazorg

Het onderhouden van contact met de nabestaanden van een overleden patiënt, schriftelijk en/of mondeling beantwoorden van vragen, tonen van medeleven, is een kwestie van fatsoen. Duidelijk is -dat heeft zij ter zitting erkend- dat verweerster die fatsoensnorm niet volledig in acht heeft genomen. Daarmee is echter niet de tuchtnorm van 5.1 geschonden. Verweerster heeft ter zitting wel spijt betuigd en klager heeft dat gewaardeerd. Verweerster heeft zich naar het oordeel van het college op haar geheimhoudingsplicht op grond van de WGBO (art. 7:457 BW) en haar beroepscode mogen beroepen. Om die reden heeft zij ook -alvorens een gesprek met klager aan te gaan- klager mogen verzoeken om zijn vragen op schrift te stellen. Beter ware het geweest als tevoren was uitgelegd waarom de geheimhoudingsplicht -gelet op de toestemmingsverklaring van patiënte- mogelijk in de weg zou staan aan het beantwoorden van vragen. Maar ook hiermee is de norm van 5.1 niet geschonden. Verweerster mocht de geheimhouding van het dossier van patiënte -op enige passages na die geen betrekking hebben op patiënte- opheffen voor deze klachtprocedure. Verweerster kan zich immers anders niet verdedigen tegen de klacht.

Tenslotte is verweerster -zo al zou komen vast te staan dat haar dit is verzocht- niet tuchtrechtelijk verplicht haar medewerking te verlenen aan het onderzoek van I, geïn-
stigeerd door de werkgever van patiënte.

5.8

Uit het voorgaande volgt dat verweerster bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening. De klacht is in alle onderdelen ongegrond.

6. DE BESLISSING

Het college wijst de klacht af.

Aldus gedaan in raadkamer door mr. W.J.B. Cornelissen, voorzitter, en dr. Th.A.M. Deenen en dr. J.P.C. Jaspers, leden-beroepsgenoten, in tegenwoordigheid van mr. M. Willemse, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 26 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 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.