

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2013/221

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE AMSTERDAM

Het College heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 11 juni 2013 binnengekomen klacht van:

A,
B,
wonende te C,
klagers,
bijgestaan door mr. M.J.M. Schoonhoven, advocaat te 's-Hertogenbosch,

tegen

D,
psychiater,
wonende te E,
werkzaam te C,
verweerder,
bijgestaan door mr. J.A. Heeren, advocaat te Haarlem.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met bijlagen;
 - het antwoord met bijlagen;
 - het proces-verbaal van het op 23 oktober 2013 gehouden verhoor in het kader van het vooronderzoek met een bijlage;
 - de brief van klagers met een bijlage, binnengekomen op 11 augustus 2014;
 - de brief van klagers aan het college, overgelegd en voorgedragen door B ter terechtzitting;
- de pleitaantekeningen van mr. Heeren, door hem namens verweerder overgelegd ter terechtzitting.

De klacht is behandeld ter openbare terechtzitting van 2 september 2014, alwaar zijn verschenen

klagers en verweerder, beiden bijgestaan door hun raadslieden.

Voorts was aanwezig, F, psychiater en geneesheer-directeur G, domicilie kiezende te H, als getuige opgeroepen door het college.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1. Klagers zijn de ouders van I (verder te noemen: patiënt), geboren juli 1980 en overleden op 29 oktober 2012 ten gevolge van suïcide.

2.2. In 2002 trad bij patiënt voor het eerst een psychose op. Hij werd hiervoor behandeld in de Adolescentenkliniek van het J te K. In 2003/2004 stelde het J als diagnose 'schizofrenie van het paranoïde type'.

2.3. In maart 2004 verwees het J patiënt door naar L te C (inmiddels onderdeel van G), waar hij ambulante werd behandeld en begeleid door een psychiater (niet zijnde verweerder) en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige (hierna: SPV-er).

2.4. In oktober 2010 werd patiënt binnen de organisatie van L doorverwezen naar M (thans N geheten). Dit betreft een ambulante behandelteam, gespecialiseerd in langdurige behandeling en begeleiding van chronische psychiatrische patiënten, met de expertise voor behandeling van psychotische stoornissen. Deze werkwijze is georiënteerd op de FACT-methodiek. Naast psychiatrische zorg is het oogmerk van de behandeling vooral gericht op sociale en financiële problemen, daginvulling/-besteding en werk. In dit team is verweerder sinds 2008 werkzaam als psychiater en eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar. Het behandelteam dat ten behoeve van patiënt werd aangesteld, bestond aanvankelijk uit verweerder en een casemanager (een verpleegkundige, hierna: de casemanager) en werd vanaf circa oktober 2012 aangevuld met een SPV-er.

2.5. Bij aanvang van de behandeling en begeleiding bleek verweerder dat ziekte-inzicht ontbrak bij patiënt en dat sprake was van een onveranderd waansysteem. Patiënt wilde daarover niet praten en voelde zich onbegrepen. Verder was patiënt coherent. Van formele denkstoornissen was geen sprake. Patiënt was vrij inactief, zijn dagbesteding bestond vooral uit televisie kijken en internetten.

2.6. De casemanager voerde regelmatig gesprekken met patiënt, meestal bij patiënt thuis. Patiënt, volwassen en niet wilsonbekwaam verklaard, had een eigen appartement in C maar verbleef feitelijk veelal bij klagers. Deze gesprekken gingen vooral over praktische dingen en 'koetjes en kalfjes'. Ook onderhield de casemanager frequent contact met klagers, met name moeder. De casemanager deed van deze gesprekken en haar observaties betreffende patiënt intern verslag. Verweerder zelf bleef in het contact met patiënt en klagers op de achtergrond.

2.7. Patiënt stond bij aanvang van de behandeling door verweerder ingesteld op 300 mg clozapine en 2 mg pimozide. Naar aanleiding van een psychiatrisch onderzoek op 9 december 2011 besloot verweerder deze medicatie af te bouwen, omdat – blijkens een contactverslag van een gesprek hierover tussen verweerder, de casemanager en patiënt van 9 december 2011 – *“in de behandeling geen beweging zit en de lichamelijke toestand van patiënt in combinatie met clozapine niet bevorderlijk is”*. Op 16 december 2011 vond een gesprek plaats tussen verweerder, de casemanager en moeder, waarbij de voorgestane medicatie-afbouw werd toegelicht. Ook werd toelichting gegeven op

de diagnose omdat moeder wilde weten of de diagnose 'schizofrenie paranoïde type' nog steeds bestond en of dit kon veranderen.

2.8. Vanaf eind 2011 tot maart 2012 werd de medicatie afgebouwd tot nihil, althans een minimale dosis van 25 mg zonder werking. Met de afbouw veranderde het beeld van patiënt. Hij viel aanzienlijk af, werd actiever, pakte sociale contacten weer op, toonde meer interesse in activiteiten, bleef vriendelijk en toegankelijk jegens de casemanager, waandenkbeelden bleven op de achtergrond en patiënt woonde weer in zijn eigen appartement.

2.9. Op 21 juni 2012 vond een gesprek plaats tussen verweerder en moeder. Verweerder legde daarbij wederom uit hoe alles was begonnen met patiënt en hoe het nu ging. Ook lichtte hij toe dat:

- de komende tijd goed gekeken moest worden welke symptomen nog wel aanwezig waren;
- het streven was de activiteit, durf om te ondernemen en zelfstandigheid van patiënt te vergroten;
- ook een NPO op zijn plaats zou zijn;
- een voorzichtige en langzame benadering van belang was, zodat patiënt open zou blijven staan voor verdere stappen.

2.10. In augustus 2012 kwamen er aanwijzingen voor het opnieuw optreden van psychotische symptomen bij patiënt. Hij werd achterdochtig, prikkelbaar en had weer last van paranoïde belevingen. Zo meende hij achtervolgd te worden door de O voor iets dat in 2001 zou zijn gebeurd. Ook meldde moeder dat patiënt vreemde sms- en mailberichten verzond aan bekenden en aan mensen die hij jaren niet had gezien, bloemen stuurde naar onbekenden en op bezoek ging bij mensen uit de straat bij wie hij nooit eerder was geweest. Omdat patiënt angstig was in zijn eigen huis, ging hij weer bij klagers wonen.

2.11. Op 24 augustus 2012 meldde de casemanager in een intern groepsverslag: *“Psychotische belevingen keren terug na het afbouwen van clozapine, deze zijn gekenmerkt door achterdocht”*. Op 24 augustus 2012 deelde de casemanager aan moeder mee: *“De toekomst zal moeten uitwijzen of er sprake is van waanideeën”* en stuurde haar een folder met informatie over familieopvang en telefoonnummers van de crisisdienst. Op 24 augustus 2012 schreef verweerder patiënt olanzapine (hierna: Zyprexa) voor, met als aantekening in een intern groepsverslag: *“Voor het geval dat hij toch echt decompenseert en medicatie accepteert lijkt Zyprexa een goede keuze”*.

2.12. Op 27 augustus 2012 uitte moeder bij de casemanager haar zorgen over de slechte situatie van patiënt en het niet innemen van medicatie door patiënt. Zij drong aan op een spoedig gesprek van patiënt met verweerder hierover en een hogere bezoekfrequentie door de casemanager dan eens per drie weken.

2.13. Op 28 augustus 2012 meldde de casemanager in een intern groepsverslag: *“Chronisch psychotische man met geen ziekte inzicht”*. Op 29 augustus 2012 deelde de casemanager aan moeder mee dat patiënt geen medicatie wilde innemen, en dat patiënt haar geen toestemming had gegeven om verdere behandelinformatie aan moeder te verstrekken. Zij verwees moeder door naar een SPV-er.

2.14. Op 25 september 2012 sprak de casemanager patiënt, samen met verweerder, waarbij onder meer werd vastgesteld: *“de situatie staat stil”*. Blijkens informatie van moeder over september 2012 kwam patiënt geheel overstuur thuis uit gespreksvoering met verweerder, was hij boos daaruit weggelopen en wilde hij verweerder niet meer zien.

2.15. Op 2 oktober 2012 berichtte moeder aan de casemanager: *“Het gaat gewoon niet goed met hem. Hij ligt bijna de hele dag op bed. Als hij naar beneden komt doet hij boos of spreekt gewoon wartaal. Het is weer de 1 van 12 jaar geleden toen hij een psychose kreeg. (...) Als de medicatie gewoon in huis is gaat 1 ze echt wel innemen want op dit moment lijdt hij gewoon.”*

De casemanager deelde moeder daarop mee dat patiënt en klagers zouden worden uitgenodigd voor een gesprek met verweerder en een psycholoog *“om te kijken wat we kunnen doen en wat de weg wordt in de behandeling”*.

2.16. Op 5 oktober 2012 riep moeder de hulp in van de SPV-er naar aanleiding van een incident bij klagers thuis waarbij patiënt - volgens moeder doorgedraaid, wartaal uitslaand en vanuit wanen - vader had geslagen. Op 5 oktober 2012 schreef verweerder patiënt haloperidol (hierna: Haldol) voor, in combinatie met biperideen.

2.17. Op 8 oktober 2012 liet patiënt in een gesprek met de SPV-er weten dat hij de medicatie volgens recept innam en dat hij het niet nodig vond dat de SPV-er met klagers praatte. Op 9 oktober 2012 meldde moeder aan de casemanager dat patiënt zijn medicatie niet innam. Op 12 oktober 2012 tijdens een huisbezoek van de SPV-er aan patiënt bevestigde patiënt dat hij de medicatie innam.

2.18. Op zaterdag 13 oktober 2012 meldde moeder wederom dat patiënt zijn medicatie niet innam. Ook deelde zij mee dat patiënt psychotisch, erg opgefokt en agressief was, moeder opzij had geduwd, naar klagers had gespuugd en vervolgens met verwilderde blik de woning had verlaten om weer in zijn eigen huis te gaan wonen. Moeder specificerde haar observaties in haar aantekeningen over oktober 2012 als volgt: *“dat 1 nog steeds boze en onsamenhangende sms en mails stuurt. Vraagt waar is mijn kindje. Blijkt later dat hij een brief gestuurd heeft naar zijn kindje die opgesloten zit met zijn moeder in de kelder van een middelbare school. 1 heeft die brief met foto bij de school in de brievenbus gestopt. 1 is duidelijk in een psychose.”* Zoals ter terechtzitting door moeder toegelicht, had patiënt geen kinderen.

2.19. Op dinsdag 16 oktober 2012 vond een gesprek plaats tussen verweerder, de casemanager, de SPV-er en klagers. Patiënt was hierbij niet aanwezig. Tijdens dit gesprek werd naar aanleiding van grote bezorgdheid bij klagers uitleg gegeven over het medicatiebeleid en in het bijzonder de keuze voor Haldol in plaats van clozapine dat door verweerder *“het laatste redmiddel onder de anti-psychotica”* werd genoemd. Over de diagnose en de situatie waarin patiënt thans verkeerde, werd door de SPV-er opgemerkt: *“dat 1 gediagnosticeerd is met schizofrenie van het paranoïde type. Hij heeft momenteel een psychose, maar weinig andere symptomen. De achterdocht staat bij hem op de voorgrond.”* Door verweerder werd opgemerkt dat hij patiënt erg inactief vond en dat het goed zou zijn als patiënt een duidelijke dagbesteding kreeg.

2.20. Op 18 oktober 2012 bezocht de SPV-er patiënt. Op 23 oktober 2012 bezocht de casemanager patiënt. Tijdens beide bezoeken gaf patiënt aan de medicatie in te nemen. Ook gaf hij te kennen dat hij niet geïnteresseerd was in gespreksvoering met klagers en verweerder. De algemene indruk was dat patiënt er goed uitzag en dat zijn huis op orde was. De casemanager noteerde in een intern groepsverslag: *“I redt zich zo op zichzelf. Contact houden en inschatten hoe de situatie is met I, intussen oudergesprekken.”*

2.21. Op 23 oktober 2012 mailde moeder aan de casemanager: *“Ik geloof er niets van dat I zijn medicatie inneemt. P heeft hem (patiënt) de keuze gelaten over Clozapine en Haldol en gezegd dat hij dit aan jou moest doorgeven”*. Op 24 oktober 2012 mailde de casemanager aan moeder: *“Ik heb hem gevraagd of hij clozapine zou willen maar dat hij zegt het bij de haldol te willen houden. Ik geloof niet dat de haldol het waansysteem laat verdwijnen”*. Moeder mailde daarop de casemanager: *“Is dat nou juist niet de bedoeling van medicijnen in dit geval Haldol dat hij die wanen kwijtraakt, waarom dan anders medicatie? Ik weet het echt niet meer.”*

2.22. Op vrijdag 26 oktober 2012 vond een gesprek plaats tussen de SPV-er en moeder, waarbij moeder te kennen gaf dat het slecht ging met patiënt en verzocht om vaker bij hem langs te gaan. De SPV-er deelde haar mee dat patiënt tijdens het laatste huisbezoek op 23 oktober 2012 had gezegd dat de casemanager niet eerder dan over drie weken hoefde terug te komen. Moeder nam hiermee geen genoegen, waarop de SPV-er haar meedeelde dat ze hierover 'dinsdag verder moesten praten'.

2.23. Op maandag 29 oktober 2012, even voor 14.30 uur, werd getracht een huisbezoek te doen naar aanleiding van een bezorgd telefoontje van moeder. Patiënt was evenwel niet bereikbaar.

2.24. Op 29 oktober 2012 om 16.00u ontving de SPV-er het bericht dat patiënt was overleden als gevolg van suïcide.

3. Het standpunt van klager en de klacht

De klacht houdt in dat verweerder is tekortgeschoten in de zorg die hij jegens patiënt had behoren te betrachten. Klagers hebben, samengevat en zakelijk weergegeven, de volgende klachtonderdelen naar voren gebracht:

1. Verweerder heeft geen nader onderzoek verricht naar het ziektebeeld van patiënt. De diagnose die tien jaar eerder was gesteld, is nooit meer geactualiseerd.
2. Verweerder heeft het medicijngebruik van clozapine afgebouwd, waarna patiënt ernstig afwijkend gedrag is gaan vertonen. Na een incident heeft verweerder een alternatief medicijn Haldol voorgeschreven, dat patiënt niet wilde innemen. Verweerder heeft hier niet aan zijn zorgplicht voldaan, hij had het gesprek met patiënt moeten aangaan aangezien patiënt de gevolgen niet kon overzien wanneer hij de medicatie weigerde.
3. Verweerder heeft onvoldoende adequaat gereageerd op meermalen geuite signalen en informatie van klagers, met name met betrekking tot:
 - het ontbreken van actie omtrent dagbesteding en welbevinden van patiënt;
 - de medicatie(bereidheid) van patiënt (zie ook ad 2);
 - de terugkerende psychotische verschijnselen bij patiënt vanaf augustus 2012.Patiënt had wel behoefte aan gesprekken met een psychiater en verweerder heeft zich ten onrechte afzijdig opgesteld jegens patiënt, aldus klagers.

Voor zover nodig wordt op de onderbouwing van het klaagschrift hieronder nader ingegaan.

4. Het standpunt van verweerder

Ontvankelijkheidsverweer

Verweerder heeft de ontvankelijkheid van klagers met betrekking tot de klachtonderdelen 1 en 2 als volgt bestreden.

Ten aanzien van klachtonderdeel 1: Patiënt heeft zijn ziekte nooit onder ogen willen zien, maar zijn ontkenning ging niet zover dat hij de diagnose wilde doen bijstellen, deze wilde aanvechten dan wel een klacht daarover wilde indienen.

Ten aanzien van klachtonderdeel 2: Patiënt stond ambivalent ten opzichte van zijn medicijngebruik, maar heeft hierover altijd overleg met patiënt plaatsgevonden. Daarbij is nimmer gebleken dat hij niet in staat was zijn belangen te behartigen. Partijen hebben dit onderling opgelost. Het is dan ook niet aannemelijk dat patiënt de genomen beslissingen op medicatiegebied had willen voorleggen aan een klachtcommissie of aan een medisch tuchtcollege.

Verweerder heeft inhoudelijk verweer gevoerd tegen de klacht – subsidiair ten aanzien van de klachtonderdelen 1 en 2 – en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen. Voor zover nodig, wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

De ontvankelijkheid

5.1. Met betrekking tot de ontvankelijkheid van klagers en het daaromtrent gevoerde verweer stelt het college het volgende voorop. Klagers zijn de ouders van de inmiddels overleden patiënt, die volwassen was ten tijde van de behandeling waarop de klacht zich richt. De instemming van wijlen patiënt met de klacht van een of meer van zijn nabestaanden zal in de regel kunnen worden verondersteld, tenzij aannemelijk is dat patiënt bij leven niet met de klacht zou hebben ingestemd.

5.2. Het college is van oordeel dat, juist gezien de ontkenning door patiënt van het ziektebeeld en zijn ambivalentie ten aanzien van het medicijngebruik, niet aannemelijk is te achten dat patiënt bij leven niet met de klacht zou hebben ingestemd. Feiten of omstandigheden die tot een ander oordeel zouden moeten leiden, zijn door verweerder niet gesteld dan wel onvoldoende onderbouwd. Het niet-ontvankelijkheidsverweer ten aanzien van de klachtonderdelen 1 en 2 wordt verworpen. Nu niet anders is gesteld of gebleken, rechtvaardigt het indienen van de klacht het oordeel dat klagers de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigen. Het college is dan ook van oordeel dat klagers ontvankelijk zijn in de door hen ingediende klacht ten aanzien van alle onderdelen.

Het toetsingskader

5.3. Daarmee komt het college toe aan de inhoudelijke beoordeling van de klacht(onderdelen) en het daartegen gevoerde verweer. Het college stelt voorop dat 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 beroepsbe-

oefenaar 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.

Ten aanzien van klachtonderdeel 1

5.4. Verweerder heeft aangevoerd dat sprake is geweest van periodieke evaluatie en bevestiging van de diagnose en dat deze evaluaties zijn vastgelegd, onder meer in een behandelplan. In de onderhavige procedure heeft verweerder interne voortgangsaantekeningen van contactmomenten met patiënt en klagers en interne groepsverslagen betreffende patiënt (hierna: de interne aantekeningen) overgelegd. Uit deze interne aantekeningen valt onvoldoende onderbouwing te ontleen voor de stellingname van verweerder. Een behandelplan dan wel andere documenten die deze kunnen staven, zijn niet overgelegd. Klager klaagt weliswaar niet over gebreken in de dossiervorming, maar wel inhoudelijk over het ontbreken van periodieke heroverweging van de diagnose. Dat daadwerkelijk periodieke evaluatie heeft plaatsgevonden zoals aangevoerd door verweerder wordt niet aangetoond en blijkt evenmin uit het medisch dossier. Dit betekent dat de stellingname van verweerder niet toetsbaar is voor het college.

5.5. Het college benadrukt het belang van het minimaal één keer per jaar, en temeer in het geval van wijzigingen in het medicatiebeleid, evalueren van een eerder gestelde diagnose. Dit geldt voor de goede orde tevens indien de eerdere diagnose neerkomt op een chronische ziekte, zoals in dit geval schizofrenie van het paranoïde type. Dat er geen aanleiding bestaat te twijfelen aan een eerder gestelde diagnose, dient niet slechts een stelling te zijn maar de uitkomst van een kenbare evaluatie. Deze gehoudenheid tot heroverweging betreft niet slechts de classificerende diagnose, maar tevens de beschrijvende diagnose, die kort gezegd neerkomt op een diagnose van de wijze waarop de ziekte zich bij patiënt in kwestie manifesteert, wat de specifieke kenmerken zijn van het verloop daarvan en hoe patiënt daar mee omgaat. Deze periodieke evaluaties dienen te worden vastgelegd omdat zij dienen als basis van het behandelplan. Het uitvoering geven aan een behandelbeleid is een dynamisch proces. Het is van belang dit proces en eventuele aanpassingen daarin nauwgezet vast te leggen, temeer omdat dit de behandelaar in staat stelt waar nodig verantwoording ter zake af te leggen.

5.6. Nu het hier om relevante medische behandelinformatie gaat die zich in het domein van verweerder bevindt, is het college van oordeel dat het in het licht van de geuite klacht hierover op de weg van verweerder had gelegen deze informatie in het kader van deze procedure te overleggen ter onderbouwing van zijn stellingname. Nu dit niet is gebeurd en derhalve niet kenbaar is gemaakt dat aan deze zorgplicht jegens patiënt is voldaan, houdt het college het ervoor dat verweerder hieraan niet heeft voldaan. Dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

Ten aanzien van klachtonderdeel 2

5.7. Het college stelt vast dat verweerder verantwoordelijk was voor het medicatiebeleid. Verweerder heeft betoogd dat het besluit tot afbouw van het gebruik van clozapine werd ingegeven door onder meer de negatieve bijwerkingen die patiënt ondervond, zoals aanzienlijke gewichtstoename en inactiviteit, alsmede de omstandigheid dat de wanen van patiënt aanhielden.

Het college is met verweerder van oordeel dat het gebruik van clozapine om deugdelijke redenen, in goed overleg en op prudente wijze is afgebouwd in de periode vanaf eind

2011 tot in maart 2012. Niet is gebleken dat deze afbouw te snel zou hebben plaatsgevonden.

5.8. De keuze van verweerder patiënt gedurende de daarop aansluitende periode tot augustus 2012, waarin het beter met hem leek te gaan, geen nieuwe medicatie voor te schrijven, maar een periode alert te zijn op nog aanwezige dan wel terugkerende symptomen en er intussen naar te streven de activiteiten en zelfstandigheid van patiënt te vergroten, kan niet anders dan als prudent worden aangemerkt.

5.9. Zodra bleek dat het slechter ging met patiënt en er aanwijzingen waren voor terugkerende psychotische symptomen, heeft verweerder op 24 augustus 2012 als alternatief voor clozapine Zyprexa voorgeschreven en wegens toenemende verslechtering op 5 oktober 2012 Haldol. Daarbij bleven de casemanager en vanaf 5 oktober 2012 ook de SPV-er in overleg met patiënt, waarbij hem ruimte werd gelaten om desgewenst terug te gaan naar het gebruik van clozapine. Ook deze beslissingen kunnen op zichzelf niet negatief beoordeeld worden. De al dan niet bestaande medicatiebereidheid van patiënt speelt in dit verband geen rol, aangezien patiënt niet gedwongen kon worden tot het slikken van de voorgeschreven medicatie.

5.10. Het college is derhalve van oordeel dat klagers onvoldoende hebben aangevoerd voor hun klacht dat verweerder tekort is geschoten in zijn zorgplicht jegens patiënt voor zover deze betrekking heeft op het toegepaste medicatiebeleid. Dit klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

Ten aanzien van klachtonderdeel 3

5.11. Het college stelt vast dat het 'FACT team' waarop verweerder doelt, in het onderhavige geval bestond uit verweerder in zijn hoedanigheid van psychiater alsmede - als door verweerder aangeduid - "eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar" en een casemanager (verpleegkundige), met daaraan toegevoegd vanaf oktober 2012 een SPV-er (hierna ook: het team). Daarbij is gekozen voor een constructie van minimaal face tot face-contact tussen verweerder en patiënt en frequent contact tussen de casemanager en patiënt en klagers, vanaf oktober 2012 aangevuld met de SPV-er, met interne verslaglegging daarvan. Van nadere afspraken omtrent de invulling en reikwijdte van verweerdens hoedanigheid van "eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar" is in deze zaak niet gebleken.

5.12. Het college stelt voorop dat een dergelijke invulling van een behandelteam niet wegneemt dat iedere professional verantwoording draagt voor zijn eigen handelen of nalaten. Het college neemt tot uitgangspunt dat het tot de verplichtingen van verweerder behoorde om, naast de zorg die hij jegens patiënt diende te betrachten, de regie te voeren over de behandeling van patiënt. Deze regierol houdt onder meer in:

- alert te zijn op signalen van de behandeling en zich daarover te laten informeren, zo tijdig en voldoende als voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt vereist is;
- te toetsen of de door de betrokken zorgverleners geleverde bijdragen aan de behandeling van de patiënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan;
- er in overleg met de betrokken zorgverleners op toe te zien dat in alle fasen van het traject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen.

5.13. Klagers hebben binnen dit klachtonderdeel allereerst geklaagd over het ontbreken van actie omtrent dagbesteding en welbevinden van patiënt, hun signalen en informatie daarover ten spijt.

5.14. Verweerder heeft gesteld dat er een behandelplan gold voor patiënt waarin deze actie punten wel degelijk waren opgenomen, maar hij heeft deze stelling niet onderbouwd. Onder verwijzing naar het overwogene onder 5.4.-5.6 en gegeven een hierop gerichte klacht, houdt het college er bij gebreke van een overgelegd behandelplan voor dat er geen behandelplan bestond voor patiënt. De interne aantekeningen geven immers weliswaar behandelinformatie op ad hoc basis door de individuele betrokken zorgverleners, maar hieruit kan onvoldoende gedestilleerd worden dat sprake was van:

- een binnen het team bestaande gezamenlijke visie en strategie ten aanzien van de behandeling;
- een concreet daarop gericht plan met actiepunten, meetmomenten en melding van daadwerkelijke follow-up;
- de daadwerkelijke inbreng van andere disciplines, zoals bijvoorbeeld een psycholoog.

5.15. In het bijzonder is, ondanks evidente signalen van klagers daaromtrent, niet gebleken van:

- planmatige en pro-actieve begeleiding teneinde voor patiënt een daginvulling/-besteding na te streven en hem tot meer activiteit en sociale betrokkenheid te brengen;
- een actieve bijdrage te leveren aan de verwerking door patiënt van het gemis aan mogelijkheden, kansen en gederfde levensvreugde als gevolg van zijn beperkingen;
- en daartoe mogelijk andere disciplines in te schakelen.

5.16. Zoals ook door verweerder is aangegeven, staat de FACT-methodiek echter wel voor een dergelijke systematische aanpak. Het organiseren en coördineren hiervan en het leveren van een eigen bijdrage daaraan behoorde naar het oordeel van het college tot de verantwoordelijkheden van verweerder. Juist waar het een zorgmijdende patiënt betrof, aangezien dit veelal inherent is aan het ziektebeeld. En ook waar het ging om een patiënt met kennelijk bepaalde noten op zijn zang. Dat verweerder ervoor koos daar in persoon geen actieve rol in te spelen omdat hij een onwelwillende en hem vermijdende patiënt tegenover zich zag, moge zo zijn, maar dan had in de gegeven situatie toch van hem verwacht mogen worden dat hij kenbaar pogingen had gedaan om bijvoorbeeld een andere psychiater te introduceren, met wie patiënt mogelijk wel een goede verstandhouding had kunnen opbouwen, en/of een psycholoog. Uit de overgelegde verslaglegging blijkt dat patiënt, met uitzondering van een klaarblijkelijke korte oplevingsperiode tussen maart 2012 en augustus 2012, niet of nauwelijks in beweging gebracht kon worden in voornoemde zin, de op zich prijzenswaardige bezoeken van de casemanager ten spijt. Met name moeder heeft hierover met regelmaat haar zorgen geuit. Het had op de weg van verweerder gelegen deze signalen op te pikken en te vertalen in een evaluatie van de behandeling. Wijzigingen in de aanpak en de te leveren inspanningen hadden overwogen moeten worden. Hiervan is in deze zaak niet gebleken. Concluderend heeft verweerder niet aan deze zorgverplichting jegens patiënt voldaan. Reeds op deze feitelijke grondslag slaagt dit klachtonderdeel.

5.17. Klagers hebben binnen dit klachtonderdeel tevens geklaagd over het niet oppikken van hun signalen en informatie omtrent de medicatiebereidheid en de terugkerende psychotische verschijnselen vanaf augustus 2012 van patiënt.

5.18. Verweerder heeft in dit verband aangevoerd dat er geen signalen waren dat patiënt aan suïcide dacht. Verweerder heeft ter zitting desgevraagd verklaard dat hij dit onderwerp in het begin van de behandeling wel eens ter sprake heeft gebracht bij patiënt, maar later niet meer aangezien hij geen aanwijzingen zag voor suïcidaliteit. Nog daar gelaten dat uit de overgelegde verslaglegging niet blijkt dat verweerder dan wel een andere betrokken zorgverlener dit onderwerp ooit bij patiënt aan de orde heeft gesteld, is het college is van oordeel dat verweerder onder de gegeven omstandigheden niet zonder nader onderzoek tot de zienswijze had mogen en kunnen komen dat er geen aanwijzingen waren voor suïcidaliteit. Het had op de weg gelegen van verweerder proactief navraag te (laten) doen ten aanzien van mogelijke suïcidale gedachten of neigingen bij patiënt. Redengevend hiervoor is het ziektebeeld van patiënt, alsmede de vanaf augustus 2012 weer opspelende psychotische verschijnselen en de frequent geuite zorgen daaromtrent van klagers.

5.19. Verweerder heeft voorts ter terechtzitting aangevoerd dat hij geen aanwijzingen had dat patiënt in een psychose verkeerde. Het college stelt vast dat deze zienswijze haaks staat op de onder 2.10 en volgende vastgestelde feiten, die evident laten zien dat patiënt vanaf augustus 2014 door zowel de casemanager, de SPV-er als moeder als psychotisch werd aangemerkt.

5.20. Ook heeft verweerder gesteld dat er geen aanwijzingen waren dat patiënt Haldol had geweigerd. Inderdaad werden hierover geruststellende mededelingen gedaan door de casemanager en de SPV op basis van hun huisbezoeken aan patiënt op 18 en 23 oktober 2012. Hier tegenover staan evenwel de herhaaldelijk geuite signalen op 9, 13 en 23 oktober 2012 van moeder dat patiënt geen medicatie innam.

5.21. Deze discrepanties roepen bij het college ernstige twijfel op of verweerder zich, met name vanaf eind augustus 2012, wel voldoende persoonlijk en op geïntegreerde wijze op de hoogte heeft gesteld van:

- de actuele ontwikkelingen in het ziektebeeld van patiënt;
- de signalen omtrent de al dan niet bestaande medicatiebereidheid van patiënt van zowel de Zyprexa als vervolgens de Haldol, juist waar de berichten van de casemanager/SPV-er enerzijds en moeder anderzijds bepaald niet eenduidig waren;
- en de mogelijke risico's die daarmee konden samenhangen.

5.22. Het college neemt daarbij in ogenschouw dat het tot de eigen taak en verantwoordelijkheid van verweerder behoorde zich over dergelijke relevante informatie omtrent de specifieke omstandigheden van de patiënt te (doen) informeren.

Verweerder heeft ter terechtzitting aangegeven dat hij patiënt in het laatste jaar voor zijn overlijden drie à vier keer persoonlijk heeft gezien. Hij kon zich niet herinneren wanneer de laatste keer was. Uit de interne aantekeningen valt op te maken dat verweerder patiënt in 2012 slechts één keer heeft gezien, te weten ten tijde van een gesprek op 26 september 2012 waarbij patiënt kennelijk boos is weggelopen.

De interne aantekeningen dienden klaarblijkelijk als een intern verslagleggingssysteem. Van een adequaat signaleringsplan, althans duidelijke afspraken wanneer en bij welke omstandigheden verweerder geïnformeerd moest worden omtrent de situatie van patiënt is in deze zaak echter niet gebleken. Zoals vooroverwogen, is een integraal behandelplan waarin vastlegging en verantwoording dient plaats te vinden ter zake van dergelijke ontwikkelingen in de behandeling, evenmin overgelegd.

Concluderend is niet kenbaar geworden dat patiënt integraal in beeld was bij verweerder, hetgeen het college zorgelijk acht.

5.23. Het college stelt vast dat verweerder vanaf augustus 2012 heeft volstaan met het voorschrijven van medicatie en deelname aan het gesprek op 16 oktober 2012. Bij dat gesprek was patiënt wel gewenst maar niet aanwezig, evenmin als de wel aangekondigde psychologe. Verweerder heeft patiënt, behalve op 26 september 2012, zelf niet meer gezien en evenmin een andere psychiater ingeschakeld voor een opinie aangaande de geestelijke gesteldheid van patiënt en de mate van de daaraan verbonden risico's. Verweerder had in de gegeven situatie niet zodanig op de achtergrond mogen blijven.

5.24. Gelet op het voorgaande, is het college van oordeel dat verweerder zich ten aanzien van uiterst relevante aspecten met betrekking tot de zorg en behandeling van patiënt teveel afzijdig heeft gehouden binnen het behandelteam. Hij heeft zich aldus onvoldoende kenbaar vergewist van en (pro-)actief uiting gegeven aan zijn aansturende en coördinerende rol binnen het team en zijn eigen verantwoordelijkheid als psychiater jegens patiënt. Dit betekent dat verweerder niet heeft voldaan aan de aan hem te stellen eisen in het kader van de jegens de patiënt te betrachten zorgplicht. Derhalve slaagt ook op grond van deze feitelijke grondslagen dit klachtonderdeel.

Conclusie

5.25. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht voor wat betreft de klachtonderdelen 1 en 3 gegrond is. Verweerder heeft in zoverre gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens patiënt had behoren te betrachten.

5.26. Het college hecht eraan op te merken dat met deze gedeeltelijke gegrondverklaring van de klacht geen causaal verband is vastgesteld met de suïcide door patiënt. Er valt immers nimmer met zekerheid vast te stellen dat, ware het anders gegaan, dit tragisch overlijden voorkomen had kunnen worden.

De op te leggen maatregel

5.27. Het college houdt bij de oplegging van de maatregel rekening met de ernst van het aan verweerder gemaakte verwijt. Bij de beoordeling van de mate van laakbaarheid wordt tevens betrokken de ontwijkende proceshouding ter zitting van verweerder, waarbij geen enkele kritische reflectie op het eigen handelen en/of nalaten naar voren is gekomen. Alles overziend acht het college de oplegging van na te melden maatregel passend.

Publicatie

5.29. Om redenen, aan het algemeen belang ontleend, zal de beslissing zodra zij onherroepelijk is op na te melden wijze worden bekendgemaakt. Het college acht de beslissing in het bijzonder relevant voor het debat over de zorg die van psychiaters verwacht mag worden, met name waar zij deel uitmaken van een behandelteam.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege

- legt aan verweerder de maatregel van berisping op;

- bepaalt dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan de tijdschriften Medisch Contact, De Psychiater, Tijdschrift voor Psychiatrie en Tijdschrift voor Gezondheidsrecht ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 2 september 2014 door:

mr. P.J. van Eekeren, voorzitter,

dr. mr. E.D.M. Masthoff en D.E. De Jong, leden-beroepsgenoten,

mr. L. Oostinga, als secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 14 oktober 2014 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. P.J. van Eekeren, voorzitter

w.g. L. Oostinga , secretaris