

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 1633

Uitspraak: 8 augustus 2016

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS-
ZORG**

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 3 maart 2016 binnengekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klager
gemachtigde mr. M.A. Sala te Leusden

tegen:

[C]
psychiater
destijds werkzaam te [D]
verweerder
gemachtigde mr. L. Bos te Groningen

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift
- het verweerschrift
- de brief van de gemachtigde van klager van 17 juni 2016
- de pleitnotitie overgelegd door de gemachtigde van verweerder.

Na ontvangst van het verweerschrift heeft de secretaris de zaak naar een openbare zitting van het college verwezen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondeling vooronderzoek. De klacht is ter openbare zitting van 6 juli 2016 behandeld. Partijen waren aanwezig, bijgestaan door hun gemachtigden.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Klager is de vader van [E], hierna: patiënte, geboren in 1977 en op of omstreeks 31 mei 2013 overleden als gevolg van het nemen van een overdosis medicatie.

Vanaf begin 2012 stond patiënte onder behandeling van het FACT-team van een

GGZ-instelling. Zij was sinds vele jaren bekend met psychiatrische problematiek. Zij was bekend met psychoses, misbruik van middelen en een borderline persoonlijkheidsstoornis. Verweerder was de behandelend psychiater. Als zodanig was verweerder eindverantwoordelijk voor het behandelbeleid. Patiënte is op 28 maart 2012 samen met haar ouders voor een intakegesprek op zijn spreekuur gezien; patiënte was daaraan voorafgaand in het team besproken naar aanleiding van de overdracht van patiënte vanuit het team persoonlijkheidsstoornissen, dat eerder zorg droeg voor de ambulante begeleiding van patiënte. Na het intakegesprek kwamen verweerder en de hoofdbehandelaar tot de gemeenschappelijke conclusie dat sprake was van een borderline persoonlijkheidsstoornis en van een schizo-affectieve stoornis. Verweerder nam de eerder voorgeschreven medicatie over. Op 2 mei 2012 werd verweerder ziek en arbeidsongeschikt, wat duurde tot oktober 2012. Andere psychiaters van de instelling namen hem waar. In dat najaar kreeg patiënte een teugval, die werd verklaard door haar aandoeeningen, in combinatie met een terugval in het middelengebruik en gecompliceerde persoonlijke relaties. Ter bestrijding van een crisis werd zij kortstondig opgenomen. Op 2 mei 2013 zag verweerder patiënte samen met klager voor het laatst op consult. In die periode daarvoor had zij haar medicatie, in het bijzonder Risperdal (in depotvorm) niet genomen. Mede daardoor had zij geregeld last van psychotische episodes. Op 2 mei 2012 was zij niet psychotisch en heeft verweerder met haar instemming haar een depot Risperdal toegediend. Er werd een afspraak gemaakt voor twee weken later voor het toedienen van een volgend depot. Kort daarop vertrok verweerder naar het buitenland voor een congres en vakantie. Toen hij terugkwam, rond 23 juni 2013, was patiënte overleden ten gevolge van suïcide. Enige maanden later is verweerder met pensioen gegaan. Bij de eerder door klager aangespannen procedure voor de klachtencommissie van de GGZ-instelling is hij niet betrokken geweest.

De GGZ-instelling heeft klager inzage in het dossier van patiënte geweigerd.

Verweerder beschikte niet over het dossier maar heeft desgevraagd van de instelling ten behoeve van zijn verweer inzage in het dossier kunnen nemen en zijn verweer daarop kunnen baseren.

3. Het standpunt van klager en de klacht

De klacht kent de volgende onderdelen:

1. Verweerder heeft nooit een eenduidige diagnose gesteld, waardoor een behandelplan ook slecht van de grond kwam.
2. De frequentie van de behandeling was onvoldoende ten tijde van de suïcide.
3. Er was een eenzijdige aanpak van de behandeling en tunnelvisie; de onderliggende problematiek van de heftige psychoses werd onvoldoende behandeld. De behandeling was vooral gericht op de borderline persoonlijkheidsstoornis.
4. GGZ weigerde patiënte langdurig op te nemen; toen patiënte eind 2012 in een crisisopname werd opgenomen, adviseerde verweerder haar na twee dagen te ontslaan terwijl patiënte en klager dit niet wilden. Op dat moment waren er aanwijzingen voor ernstig psychotisch gedrag, waardoor patiënte geen zelfstandig huishouden kon voeren.
5. Verweerder is niet gestart met Leponex, ondanks suggestie van klager.
6. In de communicatie tussen verweerder en patiënte kwamen de gevoelens van patiënte onvoldoende aan bod.

7. De communicatie tussen verweerder en klager c.q. de familie van patiënte was onvoldoende. Afspraken werden veelvuldig verzet wegens ziekte of vakantie.
8. Verweerder en de overige hulpverleners waren onvoldoende bereikbaar.
9. De aanpak van het FACT-team vlak voor overlijden was fout; er is niet ingegrepen in de crisissituatie van patiënte.
10. Ten onrechte is aan klager geen inzage verstrekt in het medisch dossier van patiënte.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder reageert op de klachtonderdelen als volgt.

Ad 1

Toen patiënte in 2012 werd verwezen, was zij bekend met een borderline persoonlijkheidsstoornis en met middelengebruik. Zij had last van psychoses en stemmingsstoornissen. Na het intakegesprek hebben verweerder en de gz-psycholoog geconcludeerd dat tevens sprake moest zijn van een schizo-affectieve stoornis. Er is wel degelijk een behandelplan van de grond gekomen, dat ook is uitgevoerd.

Ad 2

Bij afwezigheid van verweerder was er steeds een andere psychiater beschikbaar. Verweerder heeft patiënte voor het laatst gezien op 2 mei 2013. Zij was toen in goeden doen en accepteerde het depot Risperdal. Voor zover verweerder bekend heeft zij dat depot twee weken later weer geaccepteerd.

Ad 3

Patiënte was een zeer ernstig zieke vrouw. De behandeling verliep moeizaam en kende teleurstelling en stress bij alle betrokkenen. Er waren geen gronden voor een gedwongen opname. De behandeling was multidisciplinair en had mede ten doel de psychoses te behandelen. Verweerder bestrijdt dat er sprake was van een tunnelvisie.

Ad 4

Tegenwoordig is het opnemen van patiënten met een persoonlijkheidsstoornis in beginsel niet geïndiceerd, tenzij een crisis een opname noodzakelijk maakt. Langer durende opnames leiden bij patiënten met een persoonlijkheidsstoornis tot hospitalisatie en herstelbeperkingen. Niet is gebleken dat langdurige opnames het risico op suïcide verkleinen.

Ad 5

Patiënte kwam niet in aanmerking voor een behandeling met Leponex. Het middel geeft veel bijwerkingen, vergt veel medewerking van de patiënt, het gebruik van alcohol is een contra-indicatie en er is geen depotmogelijkheid. De keuze van Risperdal was een goede keuze.

Ad 6, 7 en 8

Deze klachtonderdelen kunnen niet slagen omdat ze niet zijn onderbouwd.

Ad 9

De gebeurtenissen vanaf 24 mei 2013 regarderden verweerder niet, omdat hij toen in het buitenland was. Hem treft geen verwijt.

Ad 10

Verweerder is niet betrokken geweest bij de verzoeken tot inzage in het dossier.

5. De overwegingen van het college

Het college stelt voorop dat het de klacht zal moeten beoordelen zonder de beschikking te hebben over het patiëntendossier, nu de betrokken GGD-instelling heeft geweigerd het dossier aan klager af te geven. Klager had zijn klacht met behulp van het dossier wellicht op onderdelen beter kunnen onderbouwen. Het feit dat deze onderbouwing nu niet steeds mogelijk was, dient echter voor rekening van klager te komen, nu de advocaat van klager zich had kunnen inspannen om, zo nodig via de burgerlijke rechter en zo nodig onder het stellen van voorwaarden, inzage in dan wel afgifte van het dossier te verkrijgen. Wel heeft verweerder ten behoeve van zijn verdediging -terecht- inzage in het dossier gevraagd en gekregen, waarop hij zijn verweer heeft gebaseerd. Door dit verweer heeft het college de mogelijkheid om, met inachtneming van het voorgaande, als navolgend zijn oordeel te geven over de respectieve klachtonderdelen.

Ad 1, 3 en 4

Deze klachtonderdelen, die de kern van de behandelwijze van patiënte en de kern van de klacht betreffen, lenen zich voor een gezamenlijke behandeling.

De diagnose betrof niet uitsluitend een borderline persoonlijkheidsstoornis, maar was meervoudig. Naast deze persoonlijkheidsstoornis was ook een schizo-affectieve stoornis gediagnosticeerd. Van een tunnelvisie bestaande uit het enkele diagnosticeren van een borderline persoonlijkheidsstoornis, kan daarom niet worden gesproken. Ook de feitelijke behandeling was niet uitsluitend op een borderline persoonlijkheidsstoornis gericht. Het enkele feit dat niet is besloten tot een (al dan niet langdurige) opname betekent niet dat er geen oog is geweest voor de behandeling van de schizo-affectieve stoornis. In de thans vigerende behandelmethodes van dergelijke stoornissen wordt steeds vaker afgezien van opname, tenzij sprake is van een crisissituatie. Dat zich, onder verantwoordelijkheid van verweerder, een dergelijke crisis heeft voorgedaan, is niet gebleken, behoudens in het najaar van 2012, maar toen is patiënte ook, kortstondig, opgenomen geweest. Het college heeft niet kunnen vaststellen dat deze opname tuchtrechtelijk verwijtbaar te kort is geweest. Voorts overweegt het college dat patiënte in de periode van mei 2013, voordat verweerder voor een seminar en vakantie naar het buitenland vertrok, in goeden doen leek en ook een depot Risperdal had genomen. Dat verweerder daarom in die periode voor zijn vertrek geen opname heeft bewerkstelligd, kan hem -nog afgezien van de concrete mogelijkheden die hij daartoe had- niet euvel worden geduid.

Dat er geen behandelplan was, c.q. dat dit niet is uitgevoerd, heeft het college niet kunnen vaststellen en kan, gelet op de vooromschreven diagnoses en behandelingen, ook niet aannemelijk worden geacht.

Ad 2

Het college gaat aan de hand van de stellingen van beide partijen ervan uit dat er bij aanvang van de behandeling vaker contact tussen leden van het FACT-team en patiënte bestond dan in

de laatste fase van de behandeling. Dit diende, zoals verweerder ter zitting heeft uitgelegd, het doel, om patiënte meer zelfstandig te maken. Dat bij het nastreven van dit, naar het oordeel van het college gerechtvaardigde, doel door verweerder tuchtrechtelijke grenzen zijn overschreden, is het college niet gebleken of aannemelijk geworden. In dit verband overweegt het college ook dat van belang is dat verweerder in een voor patiënte cruciale periode vanaf begin mei 2013 tot na het overlijden van patiënte afwezig is geweest. Hem kunnen eventuele tekortkomingen in deze periode niet tuchtrechtelijk worden aangerekend, zeker nu hij voorafgaand aan zijn vertrek op 2 mei 2013 had vastgesteld dat het met patiënte redelijk ging.

Ad 5

Het college is, op door verweerder aangegeven gronden, van oordeel dat verweerder geen verwijt treft omdat hij geen Leponex heeft voorgeschreven. Het college voegt daaraan toe dat dit middel is geïndiceerd bij een iets andere diagnose en in dit geval dus off-label voorgeschreven had moeten worden. De keuze van verweerder is daarom alleszins verdedigbaar geweest.

Ad 6, 7 en 8

Deze klachtonderdelen lenen zich voor gezamenlijke behandeling omdat zij de communicatie van verweerder met (de familie van) patiënte betreffen.

Het college is van oordeel dat deze klachten deels moeten worden afgewezen wegens een gebrek aan onderbouwing. Het is voor klager weliswaar niet gemakkelijk om zonder dossier zijn klachten te concretiseren, maar anderzijds mag van hem wel worden verlangd dat hij concrete voorbeelden noemt waaruit deze klachten blijken. Voorts merkt het college op dat verweerder niet kan worden kwalijk genomen dat hij enige tijd wegens ziekte en vakantie niet bereikbaar was.

Wel is ter zitting duidelijk geworden dat verweerder zorgvuldiger had moeten zijn in zijn communicatie met klager nadat hij, rond 23 juni 2013, teruggekeerd was van zijn vakantie en hoorde dat patiënte was overleden. Verweerder heeft toen geen contact met klager gezocht; hij had dat wel moeten doen. Het college acht in de omstandigheid dat de waarnemer van verweerder inmiddels contact met klager had gehad, verweerder van collega's te horen kreeg dat klager eventueel contact met hem zou zoeken en in de omstandigheid dat verweerder zijn excuus heeft aangeboden voldoende grond om deze nalatigheid niet in tuchtrechtelijke zin te corrigeren.

Ad 9

Wat er ook zij van de gebeurtenissen van vlak voor het overlijden van patiënte: verweerder was toen afwezig en werd waargenomen door een andere arts. Het is het college niet gebleken op welke grond aan verweerder ter zake een tuchtrechtelijk verwijt zou kunnen worden gemaakt, hoe treurig de afloop ook is geweest.

Ad 10

Verweerder beschikt niet over de dossiers van patiënte en overigens is het ook niet verweerder, maar de GGZ-instelling die geweigerd heeft aan klager inzage in het dossier te geven. Deze klacht kan daarom niet slagen.

Samenvattend komt het college tot het oordeel dat de klacht op de gronden als hierboven overwogen moet worden afgewezen.

6. De beslissing

Het college:

- wijst de klacht af.

Aldus beslist door mr. H.P.H. van Griensven als voorzitter, mr. L. Ritzema als lid-jurist, M.Ch. Doorakkers, A. de Jong en M. Braakman als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. N.A.M. Sinjorgo als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 8 augustus 2016 in aanwezigheid van de secretaris.