

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2015-133b

Datum uitspraak: 8 november 2016

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage heeft de navolgende beslissing gegeven inzake de klacht van:

A, mede namens zijn echtgenote **B**
wonende te **C**,
klager,

tegen:

D, psychiater,
werkzaam te **C**,
de persoon over wie geklaagd wordt,
hierna te noemen verweerder.

1. Het verloop van het geding

1.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift, met een bijlage, ontvangen op 9 juni 2015
- het aanvullend klaagschrift, medeondertekend door **B**
- een aanvullende brief, met bijlage, d.d. 3 juli 2015
- het verweerschrift
- een brief, met bijlage, van klager d.d.13 november 2015
- de repliek
- de dupliek
- een reactie daarop van klager
- de door verweerder ingezonden medische en verpleegkundige rapportages over de periode 5 maart t/m 1 mei 2015, alsmede het behandelplan en de ontslagbrief.

1.2 De partijen hebben afgezien van de mogelijkheid om in het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

1.3 De mondelinge behandeling door het College heeft plaatsgevonden ter openbare terechtzitting van 14 september 2016. Klager, vergezeld van **B** (hierna: patiënte) en verweerder zijn verschenen. De standpunten zijn mondeling toegelicht.

2. De feiten

2.1 De klacht betreft de opname van patiënte van 5 maart 2015 tot en met 19 maart 2015 (eerste opname) en de heropname van 20 maart 2015 tot en met 1 mei 2015, beide op de gesloten opnameafdeling voor volwassenen (E) in B.

2.2 In deze periodes was verweerder op genoemde afdeling werkzaam als psychiater. Patiënte werd behandeld door mevrouw [...], die destijds een uitgebreide stage als co-assistent aan het einde van haar medische opleiding volgde, ook wel genoemd een semi-arts stage. Verweerder gaf mevrouw [...] supervisie en droeg de verantwoordelijkheid over de behandeling.

2.3 Patiënte was wegens toegenomen suïcidegedachten na beoordeling door een poliklinische psychiater op 5 maart 2015 verwezen naar het E.

2.4 Bij opname is de volgende anamnese afgenomen:

“...Patiënte vertelt dat het niet goed met haar gaat. Ze zegt al 25 jaar chronisch depressief te zijn en daarbij suïcidaal. Vorig jaar na opname op het E bleven de suïcidale gedachten aanwezig; zo ongeveer 2-3 dagen per week. Patiënte hoort dan haar eigen stem die vraagt of zij alsjeblieft een einde aan haar leven wil maken, sinds 10 weken is de stem echter toegenomen waarbij deze een dwingender karakter heeft en zegt haarzelf van het leven te beroven. Thuis probeert ze zichzelf door middel van oxazepam en Seroquel dan 2-3 dagen slapende te houden totdat deze stem weer weg is, maar dit lukt de afgelopen tijd niet goed meer. Haar stemming omschrijft ze als zeer somber, ze voelt zich schuldig; vooral naar haar kinderen en echtgenoot toe. Kleine aanleidingen geven steeds aanleiding tot crisis, ze kan nu niet iets noemen dat de aanleiding is geweest voor de toegenomen suïcidaliteit. Patiënte heeft haar partner en kinderen vorig jaar beloofd ten minste 10 jaar geen einde aan haar leven te maken maar denkt dit niet te kunnen volhouden.”

2.5 Op 9 maart 2015 vond op de afdeling een incident plaats toen patiënte vernam dat zij zou worden overgeplaatst naar een open opname afdeling. Zij was het hiermee uitgesproken oneens en heeft zichzelf in de pols gesneden. In verband hiermee is van een voorgenomen overplaatsing naar een open kliniek, als tussenstation naar ontslag naar huis binnen de opnameduur van twee weken zoals die door de verwijzend psychiater was vastgesteld, afgezien.

2.6 Omdat het voorgenomen doel voorafgaand aan de opname – het bieden van een time-out, rustperiode – was bereikt, is in overleg met patiënte die daarmee instemde, tot ontslag naar huis besloten dat op 19 maart 2015 is geëffectueerd.

2.7 Op 20 maart 2015 waren de suïcidegedachten bij patiënte in alle hevigheid teruggekeerd en is zij dezelfde dag via de poliklinische behandelaar heropgenomen op het E.

2.8 Het behandelplan voor deze tweede periode noemt als reden voor opname afwending suïcidaliteit en als activiteiten observatie van symptomen, ventileergesprekken en medicatie. Op 30 maart 2015 is in verband met telkens terugkerende crisismomenten in overleg met patiënte besloten de Seroquel (quetiapine) op te hogen, hetgeen na 10

dagen verder is opgehoogd tot 300 mg. Geen van beide medicatiewijzigingen bleek voldoende resultaat te hebben. Andere medicatie is gevolgd.

2.9 Op 9 en 10 april 2015 heeft de co-assistent met verweerder de indicatie besproken voor een medicatieswitch van fluoxetine (Prozac) naar een TCA (bijvoorbeeld clomipramine). Op 17 april 2015 heeft patiënte laten weten deze wijziging graag te willen doorvoeren. In een gesprek met verweerder op 22 april heeft zij aangegeven dat zij het switchen van Prozac naar clomipramine ziet als haar hoop; ambulant is dit een aantal maal geprobeerd maar nam de suicidaliteit toe. De afspraak is gemaakt om deze switch te maken. Er is een ECG aangevraagd (i.v.m. de mogelijke cardiale bijwerkingen van clomipramine) en vanaf 23 april is de Prozac verlaagd.

2.10 Op 24 april 2015 heeft de co-assistent duidelijk gemaakt graag samen met verweerder met patiënte te willen spreken, maar patiënte liet weten nu niet in gesprek te willen, omdat zij dat niet kon opbrengen.

2.11 Op 29 april 2015 heeft patiënte aan de co-assistent laten weten dat zij over het contact met verweerder ontevreden was en dat zij in verband hiermee een andere behandelaar wilde. In overleg met verweerder heeft de co-assistent afgesproken een andere psychiater te zullen benaderen ter overname van de behandeling.

2.12 Op vrijdag 1 mei 2015 is een gesprek tussen patiënte en verweerder gevolgd. In het door hem gemaakte verslag wordt vermeld dat hij patiënte heeft geconfronteerd met geobserveerde hospitalisatie en geringe coöperatie, alsmede frequente weigering van haar om in gesprek te gaan. De eerder gegeven indicatie voor de klinische medicatieswitch trok verweerder in. Een klinische opname achtte hij gecontra-indiceerd. Besloten is de opname na het weekend te beëindigen. Patiënte was het hier niet mee eens. In een gesprek met de co-assistent later op die dag liet zij weten met ontslag te willen omdat zij geen vertrouwen meer had in de behandeling. Op 1 mei 2015 is patiënte om 17.00 uur zelf naar huis gegaan.

3. De klacht

Klager verwijt verweerder zakelijk weergegeven het volgende:

1. tijdens de eerste opname is behoudens gesprekken met de verpleging geen en/of verkeerde en/of te late behandeling geboden;
2. tijdens deze opname is een verkeerde en/of te laat een diagnose gesteld;
 3. op 19 maart 2015 is patiënte sterk suïcidaal en verplicht met ontslag gestuurd;
 4. tijdens de heropname is geen behandeling geboden. Afbouw van Prozac en starten met een vervangend middel is niet uitgevoerd;
5. patiënte is ondanks toezegging niet doorverwezen naar een collega beroepsbeoefenaar. Een dringend verzoek om behandeling door een andere psychiater is wel ingewilligd, maar niet uitgevoerd;
6. op 1 mei 2015 is patiënte sterk suïcidaal verplicht met ontslag gestuurd als "uitbehandeld";
7. verweerder had een onverschillige en niet geïnteresseerde opstelling ten opzichte van patiënte.

B heeft ter zitting verklaard dat zij geen medicatie meer gebruikt en dat het goed gaat met haar. Zij is niet meer onder behandeling bij F in G.

Anders dan kennelijk door verweerder is aangenomen, heeft zij gedurende de gehele opnameperiode in 2015 te kampen gehad met heftige suïcidaliteitsgevoelens.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 De eerste drie, gezamenlijk te behandelen, klachtonderdelen zijn ongegrond. De eerste opname was, conform het voorstel van de verwijzend psychiater voorafgaand aan de opname, voor patiënte bedoeld als crisisopname van maximaal twee weken om rust te krijgen op de gesloten afdeling. Een behandeling was expliciet niet beoogd. Het gestelde doel was bereikt. (onderdeel 1.)

Gedurende de klinische opname zag verweerder (kennelijk) geen reden om de poliklinisch verrichte diagnostiek in twijfel te trekken (onderdeel 2.).

Het ging uiteindelijk weer beter, zoals patiënte ook had gezegd. Er was chronische suïcidaliteit, maar er zijn geen aanwijzingen te vinden dat zij is ontslagen terwijl zij sterk suïcidaal was.

Van een gedwongen ontslag was geen sprake. Integendeel, patiënte - die wist voor welk doel zij was opgenomen - heeft zelf met het ontslag ingestemd (onderdeel 3.).

5.2 Ook de klachtonderdelen 4, 5 en 6 worden gezamenlijk behandeld. Onderdeel 4 betreft het bezwaar dat tijdens de heropname geen behandeling is geboden. De eerste tien dagen van deze opname werden gekenmerkt door verschillende crisismomenten. Naar het oordeel van het College is aannemelijk dat patiënte tijdens de tweede periode op behandeling had gerekend en dat dit ook onderwerp van gesprek is geweest. Het is bovendien duidelijk dat patiënte haar wens om de medicatie af te bouwen meer dan eens heeft uitgesproken. Op 17 april sprak zij haar voorkeur er voor uit om van de Prozac (fluoxetine) te switchen naar clomipramine. Tijdens het gesprek op 22 april met verweerder en de co-assistent is haar toegezegd dat de medicatie klinisch zou worden gewijzigd. Desondanks zijn de toegezegde afbouw van Prozac en het starten met een vervangend middel niet uitgevoerd;

Dat had te maken met het volgende. Nadat patiënte op 26 en 29 april haar onvrede had geuit over het contact met verweerder, heeft verweerder naar zijn zeggen de medicatievoorgeschiedenis nog eens beoordeeld en op advies van de ambulante behandelaar van de voorgenomen medicatiewijziging afgezien. Dit besluit heeft hij niet met patiënte besproken anders en eerder dan op 1 mei toen hij zijn besluit mededeelde om de opname op korte termijn te beëindigen. Die mededeling deed hij met de voor haar verrassende motivering van geobserveerde hospitalisatie en geringe coöperatie en van frequente weigering van haar om in gesprek te gaan. In het midden gelaten of de opgegeven redenen feitelijk juist kunnen worden geacht, is niet gebleken dat de abrupte verandering van beleid noodzakelijk was noch dat het beleid en verweerders daaraan ten grondslag liggende motivering zorgvuldig genoeg zijn voorbereid en met patiënte zijn besproken. De gewijzigde opstelling valt hoogstens te verklaren door al langer bij verweerder bestaande ambivalentie over de juistheid van het gevolgde beleid. Dit is onvoldoende om de kort tevoren gemaakte afspraken met patiënte (rigoureuus) te wijzigen zoals verweerder heeft gedaan. Klachtonderdeel 6 is daarom gegrond. In het voorgaande ligt besloten dat onderdelen 4. en 5. – het niet nakomen van gedane toezeggingen over

verwijzing naar een andere psychiater en de afbouw en wijziging van de medicatie – eveneens gegrond zijn.

5.3 Ook het laatste klachtonderdeel is gegrond. In de eerste opnameperiode heeft verweerder patiënte niet persoonlijk gesproken en is hij uitsluitend afgegaan op de co-assistente en de door haar gemelde bevindingen. Zelfs voor de beoordeling van suicidaliteit in verband met een voorgenomen besluit om patiënte te ontslaan, heeft verweerder op 18 maart volstaan met het vertrouwen op de inschatting van de co-assistent, die nog geen arts was. Naar verweerder zelf heeft verklaard, is hij tijdens de tweede periode voor het gegeven ontslag twee keer langs geweest en heeft hij met patiënte gesproken. Dit zou dan geweest zijn op 22 april en 24 april. Hoe zeer verweerder ook meent dat hij niet onverschillig is geweest en wel geïnteresseerd is geweest, kan niet worden aangenomen dat dit bij patiënte en klager is overgekomen. Als een behandelend psychiater al niet de eerste werkdag na de opname de patiënt persoonlijk gaat beoordelen, hetgeen (behoudens in uitzonderingsgevallen) vanwege de plicht tot goed hulpverlenerschap van de arts mag worden verwacht, is het in elk geval aangewezen dat hij spoedig daarna de patiënt ziet en spreekt en dat vervolgens regelmatig blijft doen. Dat was in dit geval eens te meer aangewezen, nu mevr. [...] nog geen arts was en verweerder niet mocht aannemen dat hij “op afstand” de zorg voor patiënte aan deze co-assistente kon toevertrouwen. Er was bovendien bepaald geen sprake van een ongecompliceerde behandeling, terwijl tijdens de behandeling is gebleken dat de co-assistent meer dan eens aan patiënte en klager heeft laten weten dat zij bepaalde vragen niet kon beantwoorden. Na de heropname, nodig omdat het verblijf thuis van patiënte dramatisch verliep, heeft verweerder nog ruim een maand gewacht (van 20 maart tot 22 april) voordat hij patiënte bezocht en sprak. Aan de aan patiënte gedane toezegging dat zij door een andere psychiater zou worden gezien, is verweerder zonder nader overleg met patiënte vervolgens geheel voorbij gegaan. De werkwijze van verweerder getuigt van een te grote afstandelijkheid. Klager heeft dit terecht als niet betrokken en ongeïnteresseerd gekwalificeerd.

5.4 Uit het voorgaande volgt dat verweerder met betrekking tot de klachtonderdelen 4, 5, 6 en 7 heeft gehandeld in strijd met artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De klacht zal dan ook in zoverre gegrond worden verklaard.

5.5 Verweerder is gedurende langere tijd als hulpverlener op verschillende terreinen tegenover patiënte tekort geschoten, waardoor oplegging van een maatregel op zijn plaats is. Een maatregel is bovendien noodzakelijk omdat hij in de stukken en ter zitting geen blijk heeft gegeven van kritische reflectie over zijn professioneel handelen.

5.6 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, op de voet van artikel 71 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg bekend worden gemaakt op de hierna te vermelden wijze.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te 's-Gravenhage beslist als volgt:

- legt verweerder de maatregel op van BERISPING;

- bepaalt dat om redenen, aan het algemeen belang ontleend, deze beslissing, zodra zij onherroepelijk is, in geanonimiseerde vorm in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Deze beslissing is gegeven door mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. E.B. Schaafsma-van Campen, lid-jurist, prof. dr. A.M. van Hemert, J. Edwards van Muijen en G.A. van Meer, leden-artsen, bijgestaan door mr. drs. D.R. Dutrieux, secretaris en uitgesproken ter openbare terechtzitting van 8 november 2016.

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 aangelegenheid 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

's-Gravenhage, door wie het binnen de beroepstermijn moet zijn ontvangen.