

## CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2016.474

### CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.474 van:

A., psychiater, werkzaam te B., appellant,  
gemachtigde: mr. K.T.B. Salomons, advocaat te Den Haag,  
tegen

C, mede namens zijn echtgenote D., wonende te B.,  
verweerder in beroep.

#### 1. Verloop van de procedure

C. - hierna te noemen klager - heeft op 9 juni 2015 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen A. - hierna te noemen de psychiater - mede namens zijn echtgenote, D. - hierna te noemen patiënte - een klacht ingediend. Bij beslissing van 8 november 2016, onder nummer 2015-133b heeft dat College de klachtonderdelen 4 tot en met 7 gegrond verklaard en de psychiater de maatregel van berisping opgelegd. De psychiater is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klager heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 15 juni 2017, waar is verschenen de psychiater, bijgestaan door mr. Salomons. Klager heeft bij brieven van 10 en 27 mei 2017 laten weten (aanvankelijk mogelijk, later definitief) verhinderd te zijn. Mr. Salomons heeft (pleit)aantekeningen overgelegd.

#### 2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

##### **“ 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 (het E., ) van F. in B..*

*2.2 In deze periodes was verweerder op genoemde afdeling werkzaam als psychiater. Patiënte werd behandeld door mevrouw G., 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 G. 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 suïcidedgedachten 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, ventileer-gesprekken 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 medicatie-wijzigingen 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 2015 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 suïcidaliteit 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.

Mevrouw D. heeft ter zitting verklaard dat zij geen medicatie meer gebruikt en dat het goed gaat met haar. Zij is niet meer onder behandeling bij H. in I..

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 verweerdens 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-assistent en de door haar gemelde bevindingen. Zelfs voor de beoordeling van suïcidaliteit 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. G. nog geen arts was en verweerder niet mocht aannemen dat hij “op afstand” de zorg voor patiënte aan deze co-assistent 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.”*

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 De psychiater bestrijdt de gegrond verklaarde klachtonderdelen maar kan wel erkennen dat hij in de communicatie met de patiënte tekort geschoten is.

Dit rechtvaardigt volgens hem echter niet de opgelegde maatregel van berisping. Klager heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep en bekrachtiging van de uitspraak van het Regionaal Tuchtcollege.

4.2 Het gegrond verklaarde klachtonderdeel 4 bestaat uit twee onderdelen: de psychiater zou de patiënte tijdens de heropname geen behandeling hebben geboden, en hij zou het toegezegde afbouwen van Prozac en vervolgens starten met een vervangend middel niet hebben uitgevoerd. Voor zover in eerste aanleg is geoordeeld dat aan de patiënte geen behandeling is geboden tijdens de heropname, houdt dat oordeel in beroep geen stand. Uit het medisch dossier blijkt wel degelijk dat er behandeling is geweest. Ten aanzien van het wijzigen van de medicatie is het Centraal Tuchtcollege eveneens van oordeel dat het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege niet in stand kan blijven. Het terugkomen op een beslissing medicatie af te bouwen of te wijzigen is op zichzelf niet tuchtrechtelijk verwijtbaar, al was het beter geweest als de psychiater – als hoofdbehandelaar - daarover duidelijker met patiënte had gecommuniceerd.

4.3 Ook de grief tegen het gegrond verklaarde vijfde klachtonderdeel, dat patiënte ondanks toezegging niet is doorverwezen naar een andere psychiater, slaagt. In beroep is gebleken dat verwijzing op korte termijn niet mogelijk bleek. Ook dat valt de psychiater niet tuchtrechtelijk te verwijten.

4.4 Het zesde klachtonderdeel, dat patiënte sterk suïcidaal verplicht met ontslag is gestuurd, vindt geen steun in de feiten. Gebleken is dat patiënte zelf heeft aangegeven te willen vertrekken. Ook op dit punt kan de beslissing in eerste aanleg niet in stand blijven.

4.5 Het zevende klachtonderdeel heeft betrekking op de gestelde onverschillige en ongeïnteresseerde opstelling van de psychiater ten opzichte van patiënte. De psychiater stelt dat hij wel degelijk nauw betrokken was bij het volledige traject, maar erkent dat hij in een eerder stadium zelf gesprekken met patiënte had moeten voeren. Ook het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de psychiater op dit punt tekort is geschoten. Hoewel patiënte al op 5 maart 2015 voor de eerste maal, en op 20 maart 2015 voor de tweede maal was opgenomen, heeft het tot 22 april 2015 geduurd voordat de psychiater patiënte zelf heeft gezien. Zoals de psychiater ter zitting zelf ook erkende is het gebruikelijk dat een psychiater een vermeend suïcidale patiënt binnen 24 uur ziet en regelmatig blijft zien. Door dit na te laten heeft de psychiater onvoldoende invulling gegeven aan zijn rol als hoofdbehandelaar. Dit klemt temeer nu hij de zorg voor patiënte had overge-

laten aan iemand die geen arts is. Het is begrijpelijk dat klager (en patiënte) dit als ongeïnteresseerd heeft ervaren.

4.6 De slotsom van het vorenstaande is dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover die betrekking heeft op klachtonderdelen 4, 5 en 6 niet in stand kan blijven, en dat het Centraal Tuchtcollege het Regionaal Tuchtcollege volgt ten aanzien van de gegrondverklaring van klachtonderdeel 7. Samenvattend zijn de klachtonderdelen 1 tot en met 6 ongegrond en is klachtonderdeel 7 gegrond.

4.7 De psychiater heeft verklaard lering te hebben getrokken uit deze kwestie. Als gevolg daarvan heeft hij inmiddels zijn werkwijze aangepast. Hij ziet al zijn patiënten nu bij voorkeur dagelijks en streeft hij ernaar om nieuwe patiënten binnen 24 uur na binnenkomst te zien. Verder acht het Centraal Tuchtcollege van belang dat hij in 2015 - toen deze kwestie speelde - nog relatief onervaren was. Onder die omstandigheden is het Centraal Tuchtcollege van oordeel dat ten aanzien van het in beroep gegrond verklaarde klachtonderdeel volstaan kan worden met de lichtere maatregel van waarschuwing.

## 5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarbij de klachtonderdelen 4, 5 en 6 gegrond zijn verklaard, en voor zover de maatregel van berisping is opgelegd; en opnieuw rechtdoende:

verklaart de klachtonderdelen 4, 5 en 6 alsnog ongegrond;

legt aan de psychiater ten aanzien van klachtonderdeel 7 de maatregel van waarschuwing op.

Deze beslissing is gegeven door: mr. E.J. van Sandick, voorzitter,  
mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen en mr. Th.W.H.E. Schmitz, leden-juristen en  
drs. A.C.L. Allertz en drs. E.J. Stevelmans, leden-beroepsgenoten en  
mr. C.F. van Spanje-van Klaveren, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting  
van 15 augustus 2017. Voorzitter w.g. Secretaris w.g.