

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: C2016.350

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2016.350 van:

A., wonende te B., appellant, klager in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. M.A. Sala, verbonden aan ARAG Rechtsbijstand te Leusden,
tegen

C., psychiater, destijds werkzaam te D., verweerder in beide instanties, gemachtigde:
mr. L. Bos te Groningen.

1. Verloop van de procedure

A. - hierna klager - heeft op 3 maart 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Eindhoven tegen C. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 8 augustus 2016, onder nummer 1633, heeft dat College de klacht afgewezen.

Klager is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. De psychiater heeft een verweerschrift in beroep ingediend. De zaak is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 22 augustus 2017, waar zijn verschenen klager, bijgestaan door mr. Sala, en de psychiater, bijgestaan door mr. Bos. Partijen hebben hun standpunten toegelicht. Mr. Sala aan de hand van een pleitnota die zij aan het Centraal Tuchtcollege heeft overhandigd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

“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 aandoeningen, 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 regarderend 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."

3. De Feiten

3.1 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.

3.2 Vanaf begin 2012 tot aan haar overlijden stond patiënte onder behandeling van het FACT-team van een GGZ-instelling. De psychiater maakte als zodanig deel uit van het FACT-team.

3.3 De GGZ-instelling heeft klager inzage in het medisch dossier van patiënte geweigerd. Klager heeft daarop een kort geding aangespannen bij de rechtbank F.-G. en daarbij gevorderd als voorlopige voorziening (samengevat) de GGZ-instelling te gebieden om hem een afschrift ter beschikking te stellen van het volledig voorhanden zijnde medisch dossier van patiënte voor zover dit dossier betrekking heeft op de periode 2011 tot 31 mei 2013. Bij vonnis van 21 oktober 2016 heeft de voorzieningenrechter van de rechtbank de vordering van klager toegewezen en het vonnis uitvoerbaar bij voorraad verklaard onder de last van een dwangsom.

3.4 Op 17 november 2016 heeft de GGZ-instelling hoger beroep ingesteld tegen het vonnis van voorzieningenrechter van de rechtbank. Bij arrest van 7 maart 2017 heeft het gerechtshof H. het vonnis van de voorzieningenrechter van de rechtbank vernietigd en de vordering van klager alsnog afgewezen.

3.5 Klager heeft nooit een afschrift van het medisch dossier van patiënte ingezien of ontvangen.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Blijkens het (aanvullend) beroepschrift is klager het niet eens met de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege van 8 augustus 2016 dat zijn klacht moet worden afgewezen. Klager blijft van mening dat de psychiater betreffende zijn behandeling van zijn dochter voorafgaand aan haar overlijden tuchtrechtelijk een verwijt valt te maken.

4.2 De psychiater heeft gemotiveerd verweer gevoerd en verzoekt het Centraal Tuchtcollege het beroep te verwerpen.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege stelt bij zijn beoordeling voorop dat het in deze tuchtrechtprocedure gaat om het vaststellen van mogelijk tuchtrechtelijk verwijtbaar handelen door de psychiater waarvoor klager zelf de feiten moet aandragen.

4.4 Omdat klager geen afschrift van het medisch dossier van patiënte heeft ingezien of ontvangen is het voor hem nagenoeg onmogelijk om de feiten waarop zijn klacht kennelijk berust te onderbouwen.

4.5 Als de feiten die aan de klacht ten grondslag liggen niet komen vast te staan, kan die klacht in beginsel niet gegrond verklaard worden. Dit berust niet hierop dat het woord van klager minder geloof verdient dan het woord van de psychiater (die van de GGZ-instelling ten behoeve van zijn verweer wel inzage in het medisch dossier van patiënte heeft gekregen) maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat bepaalde gedragingen van de psychiater hem tuchtrechtelijk kunnen worden verweten, eerst aannemelijk moet zijn geworden dat feitelijk sprake is van zodanige gedragingen. Dat is hier niet het geval, behoudens het navolgende.

4.6 Klager verwijt de psychiater (in klachtonderdeel 5) dat hij niet is gestart met Leponex, ondanks de suggestie dienaangaande van klager. Wat betreft dit klachtonderdeel gaat het Centraal Tuchtcollege ervan uit dat het medisch dossier van patiënte niet meer informatie zou hebben verschaft dan uit de stukken van het geding, waaronder het verweerschrift van de psychiater, reeds is gebleken. Zo heeft de psychiater aangevoerd dat patiënte niet in aanmerking kwam voor Leponex omdat het een middel is dat veel medewerking van de patiënt vergt in die zin dat het middel consequent gebruikt moet worden en dat regelmatig het bloed moet worden gecontroleerd. In het geval van patiënte zou dit een probleem kunnen zijn. Daarnaast is het gebruik van alcohol en drugs, zoals bij patiënte het geval was, een contra-indicatie.

Het Centraal Tuchtcollege is van oordeel dat de psychiater op deze gronden terecht heeft kunnen besluiten niet te starten met Leponex.

4.7 Het hiervoor overwogene leidt tot de conclusie dat de klacht niet gegrond verklaard wordt, casu quo kan worden en dus moet worden afgewezen. Het Regionaal Tuchtcollege is tot hetzelfde oordeel gekomen. Dat betekent dat het beroep moet worden verworpen.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep.

Deze beslissing is gegeven door: mr. K.E. Mollema, voorzitter, prof.mr. J. Legemaate en

mr. A.R.O. Mooy, leden-juristen en drs. G.T. Blok en mr.drs. R.H. Zuijderhoudt, leden-beroepsgenoten en mr. R. Blokker, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 14 september 2017.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.