

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2018.051

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2018.051 van:

A., psychiater, werkzaam te B., appellante, verweerster in eerste aanleg, bijgestaan door mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle.

tegen

C., voorheen wonende te D., thans verblijvend in E., verweerster, klaagster in eerste aanleg, bijgestaan F.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klaagster - heeft op 9 mei 2017 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam, tegen A. - hierna de psychiater - een klacht ingediend. Bij beslissing van 19 december 2017, onder nummer 17/165, heeft laatstgenoemd College de klacht gedeeltelijk gegrond verklaard en voor het gegrond verklaarde deel aan de psychiater de maatregel van waarschuwing opgelegd. De psychiater is van die beslissing tijdig in beroep gekomen en heeft op 20 maart 2018 aanvullende gronden ingediend. Klaagster heeft een verweerschrift ingediend. Het Centraal Tuchtcollege heeft voorts kennis genomen van de brief met bijlage van 19 juni 2018 van mr. Kastelein.

De klacht is in beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 5 juli 2018, waar als gemachtigde van klaagster is verschenen haar schoonvader, F., en de psychiater, bijgestaan door mr. Kastelein. Klaagster is – met bericht van verhindering - niet verschenen. De zaak is over en weer bepleit waarbij partijen hun pleitnota's aan het Centraal Tuchtcollege hebben overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

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

"2. De feiten

2.1. *Klaagster, geboren op 27 maart 1984, is na een jarenlange psychiatrische voorgeschiedenis met vanaf 2003 diverse diagnoses en behandelingen bij verschillende instanties, op 16 juli 2015 door de waarnemend huisarts verwezen naar de crisisdienst van G. in B. (hierna: de crisisdienst). Verwijzing vond plaats in verband met hevige angstklachten en doodsgedachten.*

2.2. *De crisisdienst concludeerde dezelfde dag dat sprake was van een angststoornis zonder agorafobie. Klaagster werd geautoriseerd voor de crisisdienst en aangemeld voor een opname van twee weken bij H., een opnameafdeling die bedoeld is voor patiënten die een crisis doormaken en tijdelijk vaardigheden tekort komen om met die crisis om te gaan.*

2.3. *Op 29 juli 2015 vond het eerste telefonisch contact plaats van klaagster met de heer V. (hierna: de SPV), tevens verweerder in de samenhangende klachtzaak met nummer 17/164VP, werkzaam bij de crisisdienst. De feitelijke eerste kennismaking was op 3 augustus 2015. De SPV is sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en als zodanig*

sinds 1995 werkzaam bij G. als crisisinterventor acute psychiatrie en poliklinisch behandelaar.

2.4. Na haar opname bij H. van 9 tot en met 21 augustus 2015 werd klaagster aangemeld voor de diagnostische deeltijdbehandeling bij G., afdeling I., voor nadere diagnostiek (second opinion) en advies met betrekking tot vervolgbehandeling.

2.5. Nadat zij van 8 september tot en met 16 oktober 2015 had deelgenomen aan het programma bij I. werd klaagster terugverwezen naar de crisisdienst ter overbrugging naar een vervolgbehandeling. J., klinisch psycholoog bij I., schreef op 22 oktober 2015 in een afsluitende brief aan de huisarts:

“Reden van aanmelding

Patiënte werd tijdens haar opname in H. in verband met een crisis verwezen naar de deeltijd diagnostiek van dezelfde afdeling (...).

Beloop van de behandeling

Patiënte volgde bij ons met veel inzet het programma van de diagnostisch deeltijd dat zes weken duurt en (proef)behandeling op basis van Cognitieve Gedragstherapie (CGt) biedt. Desalniettemin was het beloop nogal turbulent waarbij patiënte vaak behoorlijk onregelmatig was, veel om individuele aandacht vroeg en ook vaak boos werd als die niet werd gegeven. We bereikten evenwel uiteindelijk overeenstemming over de volgende eindconclusies:

** Behalve de door het K. gediagnostiseerde ASS (Asperger) blijkt er sprake te zijn van een (ernstige) depressie en een PTSS, dat komt ook uit psychologisch onderzoek (de zogenaamde L.-screening).*

** De behandeling die (dus) aangewezen is, is een As I behandeling (en geen opname in onze kliniek schematherapie, wat patiënte graag wilde maar die ze absoluut niet aankan). Die As I behandeling kan bestaan uit medicatie en individuele CGt (liefst door een expert op gebied van ASS, dit was ook al door het K. geadviseerd) en EMDR, AAA zou die kunnen uitvoeren.*

** In verband met dit As I beeld is nader onderzoek naar een eventuele persoonlijkheidsstoornis nu niet zinvol.*

** Misschien dat patiënte op termijn wel kan profiteren van groepsbehandeling (mits gericht op de As I), maar nu niet, daarvoor is de lijdensdruk te hoog en vraagt ze teveel individuele aandacht.*

** De huidige crisis lijkt het beste door middel van een open opname in een setting zoals door M. of N. wordt aangeboden te kunnen worden bestreden. Als ze daar is, zou eventueel de EMDR kunnen worden opgestart. Het advies is nu haar daar aan te melden.*

Beschrijvende diagnose

Het betreft een zeer kwetsbare, intelligente, samenwonende, 31-jarige vrouw die naast haar autisme ook erg getraumatiseerd is, en mogelijk daardoor ook ontwijkende, afhankelijke en borderline persoonlijkheidstrekken heeft ontwikkeld. Diagnostisch is er sprake van een posttraumatische stress stoornis en een depressieve stoornis. Sociale angst is deels te zien vanuit haar belaste voorgeschiedenis, en deels vanuit de moeite met het interpreteren van sociale informatie vanuit autisme.”

2.6. In het dossier bevindt zich verder onder meer een brief van O van 24 februari 2009 betreffende een verslag van psychodiagnostisch onderzoek van klaagster, waarin staat:

“Testpsychologisch onderzoek d.d. 06-01, 12-01 en 09-02-2009

(...)

Persoonlijkheid

(...)

Patiënte valt met haar score binnen een neurotische organisatie.(...) Binnen een neurotische organisatie kan er sprake zijn van de neiging zich aan te passen aan een ander uit angst waardering en liefde van die ander te verliezen. Daarnaast is er mogelijk een wens tot grootheid en macht hetgeen zich uit in perfectionisme en bedekte machtsstrijd.

(...)

De meest uitgebreide vragenlijst, de MMP1-2, toont ook een beeld van een (zwak) neurotische organisatie. Daarbij wijst een in verhouding lagere score op F dan op schaal 8 op de aanwezigheid van meer structurele dan manifeste pathologie. Vanuit de

andere schalen komt naar voren dat patiënte veel klachten heeft (lichamelijk, angst, depressie, seksuele problemen) en een hoge lijdensdruk ervaart. Er is sprake van emotionele instabiliteit en de neiging tot het ontwikkelen van negatieve gevoelens, zoals wantrouwen, onder stressvolle situaties.

(...) Mogelijk is er sprake van dissociatieve verschijnselen (zoals geheugen en concentratie stoornissen) aangezien patiënte hoog scoort op schaal 7 en 8. Daarbij is ook de mogelijkheid van angst voor (seksuele) intimidatie. (...)"

2.7. Na 16 oktober 2015 was klaagster weer onder de hoede van de crisisdienst.

2.8. Daarnaast heeft I. haar tot einde 2015 een BOR (bed op recept) en TOR (telefoon op recept) aangeboden, waarvan zij door de week gebruik kon maken. Op 18 oktober 2016 (CTG leest: 2015) heeft de SPV klaagster aangemeld bij M.. Tevens werd zij aangemeld voor de deeltijd acute psychiatrie (IHT), waaraan zij van 3 november tot en met 14 december 2015 deelnam. Daarnaast informeerde de SPV bij een psycholoog van het K., die klaagster kende van eerdere begeleiding, of klaagster daar cognitieve gedragstherapie zou kunnen volgen. Deze psycholoog meende echter dat klaagster nog te crisisgevoelig en te kwetsbaar was om therapie te kunnen volgen en dat klaagster vooral 'begeleiding, stabiliteit, grenzen en structuur' nodig had. Omdat klaagster zelf afzag van behandeling bij M. werd zij op 5 november 2015 aangemeld bij de N..

2.9. Op 19 oktober 2015 is de SPV voor klaagster de contactpersoon bij de crisisdienst geworden.

2.10. Verweerster werkt sinds 1 oktober 2015 drie dagen per week als psychiater bij de crisisdienst B.. Vanaf 25 november 2015 tot de afsluiting van de behandeling in mei 2016 is zij bij de behandeling van klaagster betrokken geweest.

2.11. In november 2015 maakte klaagster bekend dat zij in mei 2016 voor een periode van 1 jaar met haar partner naar de Verenigde Staten zou vertrekken.

2.12. Klaagster en de SPV hadden in de periode van november 2015 tot mei 2016 wekelijks – en soms tweemaal per week - gesprekken bij G. in B.. Daarnaast hadden zij veelvuldig mailcontact, waarbij de SPV, ook buiten kantoortijden, naast zijn zakelijke- ook gebruik maakte van zijn privé- e-mailadres.

2.13. Verweerster heeft tijdens het kennismakingsgesprek met klaagster op 25 november 2015 uitvoerig gesproken over de medische voorgeschiedenis en klaagsters vragen. Verweerster concludeerde onder meer:

"Op dit moment is de depressie gedeeltelijk in remissie. Patiënte heeft op dit moment vooral last van concentratieproblemen, die haar belemmeren in haar functioneren. Deze zouden goed kunnen passen bij de eerder gediagnosticeerde ADHD. Zij heeft veel last van bijwerkingen van de huidige medicatie (...)"

Besloten werd om de medicatie (Concerta) voor de ADHD weer op te starten, de Escitalopram nog even te continueren "ter voorkoming terugval depressie" en een

medicatieconsult over 2 weken te plannen.

2.14. In de volgende maanden heeft verweerster klaagster op 8, 15, 23 december 2015 en 13 januari 2016 gezien of telefonisch gesproken in verband met het instellen van de medicatie.

2.15. Klaagster heeft in december 2015 een intakegesprek bij de N. gekregen, maar heeft na de intake besloten dat zij daar toch niet in behandeling wilde. Zij heeft vervolgens zelf contact gezocht met een EMDR-therapeut, maar deze wilde haar niet in behandeling nemen vanwege de nevendiagnose autisme.

2.16. Nadat de huisarts klaagster had aangemeld bij het Autisme kenniscentrum in P. werd klaagster daar in februari 2016 aangenomen voor een individuele cognitieve gedragstherapie (te weten: acceptance and commitment therapy) onder de voorwaarde dat zij elders een hoofdbehandelaar had, omdat zij nog te crisisgevoelig werd bevonden. Dit betekende dat de crisisdienst betrokken diende te blijven.

2.17. Op 25 februari 2016 heeft verweerster uitgebreid met klaagster gesproken en daarover onder meer in het medisch dossier genoteerd:

(...)

”Hoewel het haar moeite kost, is ze uiteindelijk wel in staat om een non-suicideafsprak met mij te maken. In ruil voor de hulp die ze van ons krijgt, tot zij over 3 maanden naar Chicago gaat, belooft zij geen suïcidepogingen te doen. Bij noodsituaties belt zij de crisisdienst. Het suïciderisico wordt matig ingeschat. C / Depressieve stoornis, recidiverend, bij een vrouw die bekend is met een autismespectrumstoornis en ADHD. (...)” Verweerster en klaagster maakten een vervolgspraak over de medicatie. Daarnaast is afgesproken dat klaagster de komende periode tijdelijk de ene week consult zou hebben bij verweerster, de andere week bij de SPV. “Daarnaast in oneven weken consult bij Kenniscentrum autisme voor ACT-behandeling. Behandeling vooral richten op meer consult [bedoeld zal zijn: contact – RTG] met haar eigen gevoel leren krijgen en stabiliseren ter voorbereiding op verhuizing naar Chicago.”

2.18. Tijdens de vervolgspraak op 1 maart 2016 heeft verweerster uitgebreid met klaagster gesproken. In het medisch dossier heeft verweerster onder meer genoteerd: “.... (...) Zo zou [haar vriend] bijvoorbeeld graag ook seksueel contact met haar willen, maar elke vorm van intimiteit is reeds jaren verdwenen uit hun relatie. In het begin hebben ze wel enkele malen seks gehad, maar daarna moest zij steeds huilen. Besproken dat het zou kunnen dat seksueel contact teveel gevoelens oproept, maar dat ze intimiteit ook geleidelijk kan opbouwen. Ze heeft eerder een paar vriendjes gehad die min of meer misbruik van haar maakten. Zelf dacht ze dat het aan die nare ervaringen ligt dat ze moest huilen. Besproken dat het misschien, mede gelet op het aankomende huwelijk (...) een goed moment is om weer wat meer toenadering te zoeken naar haar vriend en hier ook met hem over te praten. Patiënte begrijpt dit. Ze gaat de adviezen die ze van mij gekregen heeft op zich in laten werken. Besproken dat ze geenszins verplicht is deze op te volgen, maar dat ik vooral bedoel te zeggen dat het wellicht goed is om haar focus op het ‘kernprobleem’ wat af te leiden en zich op andere dingen te richten, waarmee zij ook werkt aan haar ontwikkeling (en dus herstel). Verder gesproken over de medicatie.....”

2.19. Op 2 maart 2016 heeft klaagster op haar verzoek een crisisgesprek gehad met de SPV. Dezelfde dag hebben verweerster en de SPV daarover overleg gevoerd. In de decursus heeft verweerster daarover genoteerd:

“De gesprekken met ons blijken voor patiënte heftige gevoelens op te roepen. Ze wil meer voelen, maar heeft moeite om deze gevoelens te reguleren. Zij wil enerzijds graag (meer) gesprekken, maar anderzijds roepen deze ok weer onzekerheid op en twijfel

over haarzelf. Zij hoort adviezen al snel alsof deze impliceren dat zij iets niet goed doet/deed en interpreteert dingen soms anders dan ze bedoeld zijn. Belangrijk is dus goed te doseren, te luisteren naar haar eigen grenzen en haar aan te moedigen te (blijven) verifiëren of zij dingen goed begrepen heeft."

2.20. Op 2 april 2016 heeft de SPV in een mail aan klaagster, met als onderwerp 'overdracht', geschreven over zijn 'dilemma's, waaronder : of ik dit wel in mijn vrije tijd moet doen (...)' . Deze mail is opgenomen in de decursus van 7 april 2016.

2.21. Omstreeks 13 april 2016 heeft de SPV aan verweerster gemeld dat klaagster positieve overdrachtsgevoelens jegens hem ontwikkelde.

2.22. De SPV heeft de overdrachtsgevoelens van klaagster besproken met verweerster en met andere collega's. Ondanks daartoe strekkende adviezen heeft de SPV klaagster niet aan een andere behandelaar overgedragen.

2.23. Op 20 april 2016 is klaagster zonder afspraak naar de crisisdienst gekomen en heeft daar met verweerster gesproken. Verweerster heeft daarover in het medisch dossier genoteerd:

"(...)

[Klaagster] heeft [de SPV] een lange e-mail geschreven. Daarin heeft ze veel dingen verteld die ze nog niet had verteld. Ze weet dat [de SPV] op dit moment vakantie heeft, maar ze weet ook dat hij regelmatig dan toch reageert op [haar] e-mails. Ze is een beetje angstig voor zijn reactie. Ze heeft het gevoel dat ze het er met hem over moet hebben. Ze wil de e-mail nu ook aan mij laten lezen, zodat we het daarover kunnen hebben. Besproken dat ik hem nu niet wil lezen, omdat ik denk dat we het moeten hebben [over]wat er nu werkelijk speelt. Het gaat niet lukken om in de paar weken die er nog zijn alle traumata uit het verleden te verwerken. Het zou veel beter zijn als ze het zou kunnen hebben over de moeite die ze heeft om afscheid te nemen van [de SPV]. Patiënte erkent dat dit inderdaad iets is waar ze erg mee bezig is en wat ze niet probeert te voelen. Besproken dat ze – door zich nu te richten op alle traumata uit het verleden – de pijn en het verdriet die het afscheid van [de SPV] meebrengen uit de weg gaat. Patiënte erkent dat. Vertelt dat ze ook duidelijke overdrachtsgevoelens jegens [de SPV] heeft. Ze heeft zich erg aan hem gehecht en kan hem nu eigenlijk niet meer missen. Besproken dat juist de veiligheid van de therapeutische relatie het mogelijk maakt om al deze gevoelens te voelen en te bespreken. Haar geadviseerd om het in de laatste gesprekken met [de SPV] vooral hierover en over de moeite die het afscheid haar kost te hebben.

(...)"

2.24. Op 28 april 2016 heeft Q., de psychiater die op dat moment waarnam voor verweerster, in het medisch dossier onder de noemer 'BHP crisisdienst' genoteerd:

"Binnenkort emigratie naar VS voor duur van een jaar. Naast autisme emotionele verwaarlozing en trauma's in de jeugd. Er is sprake van positieve overdracht wat helpend lijkt te zijn voor de behandelrelatie. Nu vorm geven aan het afscheid.

6 mei laatste afspraak gepland."

2.25. Het laatste gesprek tussen de SPV en klaagster vond plaats op 6 mei 2016. Op die dag heeft de SPV in het medisch dossier genoteerd onder de noemer 'Overbruggen en vandaag afsluitend gesprek crisisdienst':

"Afsluitend gesprek met cliënte. Langerdurend gesprek omdat er nog zoveel te zeggen en ook te zwijgen was. Enfin; goede afronding van een bijzonder proces."

2.26. Op 25 mei 2016 heeft verweerster in het medisch dossier genoteerd onder de noemer 'Overleg met [de SPV]':

"Afsluiting behandeling besproken."

2.27. Eind mei 2016 is klaagster naar de VS verhuisd.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt, zakelijk weergegeven, in dat verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij als arts behoorde te betrachten ten opzichte van klaagster, doordat verweerster volgens klaagster:

a) onprofessioneel heeft gereageerd toen klaagster in vertrouwen haar seksueel misbruikverleden en daaraan verbonden huidige problematiek aanklopte. Zij heeft klaagster niet doorverwezen naar de juiste zorgverlener voor EMDR en ze heeft verkeerd en ongepast advies gegeven ondanks meerdere malen aandringen van klaagster om haar PTSS te herkennen;

b) haar geheimhoudingsplicht heeft verbroken toen zij persoonlijke informatie over klaagsters seksualiteitsproblemen ondanks klaagsters op 1 maart 2016 uitgesproken bezwaar daartegen, toch heeft doorgegeven aan de SPV, terwijl het delen van deze informatie niet noodzakelijk was voor klaagsters behandeling, en deze informatie heeft opgenomen in het dossier, terwijl het noteren van deze informatie niet noodzakelijk was voor klaagsters behandeling;

c) de seksueel intimiderende uitspraken van de SPV, nadat klaagster haar daarover vertelde, niet heeft onderzocht maar heeft genegeerd. Zij heeft geen gepaste maatregelen getroffen. Zij heeft klaagster niet geholpen en ook heeft verweerster seksueel intimiderende gebeurtenissen niet gemeld bij G. en de Inspectie voor de Gezondheidszorg;

d) onprofessioneel is omgegaan met klaagsters hulpvraag toen klaagsters crisis heel erg in ernst toenam en klaagster haar tijdens het crisisgesprek op 20 april 2016 consulteerde. Zij heeft de crisistelefoonlijn niet geopend terwijl klaagster het nodig had en zij maakte vervelende opmerkingen toen klaagster zei dat zij alleen thuis en angstig was en dat zij hulp nodig had;

e) een seksueel intimiderende uitspraak heeft gedaan: tijdens de crisisafspraken op 20 april 2016 heeft verweerster gezegd dat klaagster alles tegen de SPV mocht zeggen, maar hem niet mocht aanranden;

f) ten onrechte heeft beoordeeld dat de SPV op een veilige manier met klaagsters overdrachtsgevoelens zou gaan werken. Verweerster heeft klaagster tijdens het gesprek op 20 april 2016 zelfs geadviseerd om zich niet meer op haar problemen te richten maar alleen nog maar op de gevoelens van overdracht (afscheid). Verweerster heeft vervolgens de SPV niet gecontroleerd en klaagster hierin alleen gelaten en klaagster nooit meer gevraagd hoe het met haar ging;

g) gesprekken en klachten die klaagster met verweerster heeft besproken onvolledig heeft weergegeven in het medisch dossier en dat een aantal behandelbesprekingen niet is vastgelegd;

h) haar verantwoordelijkheid als hoofdbehandelaar bij dit alles niet heeft genomen.

4. Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen gemotiveerd bestreden. Op het verweer zal hierna waar nodig worden ingegaan.

5. De beoordeling

5.1. Bij de beantwoording van de vraag of verweerster in strijd heeft gehandeld met de zorg die zij heeft te betrachten - en aldus tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld - stelt het college het volgende voorop. Volgens vaste tuchtrechtspraak gaat het bij de tuchtrechtelijke beoordeling van het beroepsmatig handelen van een arts niet om de vraag of dat handelen beter had gekund, maar om het antwoord op de vraag of de aangeklaagde beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van een redelijk bekwame be-

roepsuitoefening is gebleven, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het gestelde klachtwaardig handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep als norm was aanvaard. Bij de beoordeling staat het persoonlijk handelen van verweerster centraal.

5.2. Het college stelt allereerst vast dat verweerster, zoals door haar erkend, in de periode 25 november 2015 tot de afsluiting van de behandeling eind mei 2016 als psychiater bij de crisisdienst de hoofdbehandelaar was van klaagster. De SPV, bedoeld in 2.3, had als behandelaar feitelijk het meeste contact met klaagster. Hij had op de crisisdienst op 29 juli 2015 voor het eerst contact met klaagster en was sinds 19 oktober 2015 voor klaagster de eerste contactpersoon bij de crisisdienst. Verweerster had over de zorg voor klaagster frequent contact met de SPV, die zeer zelfstandig werkte en eerste aanspreekpunt was voor onder meer huisarts en familie van klaagster. Vóór 25 november 2015 was bij de crisisdienst mevrouw R. hoofdbehandelaar van klaagster en tijdens de tussentijdse behandelingen bij H. en bij de diagnostische deeltijd lag het hoofdbehandelaarschap bij die afdelingen. Vóór 25 november 2015 was verweerster geen hoofdbehandelaar en had zij geen bemoeienis met de zorg voor klaagster, zodat verweerster uitsluitend voor bedoelde periode van 25 november 2015 tot eind mei 2016 tuchtrechtelijk verantwoordelijk kan worden gehouden.

5.3. Nu de eisen die aan een hoofdbehandelaar bij een crisisdienst mogen worden gesteld van belang zijn bij de beoordeling van alle klachtonderdelen, zal het college hier eerst op ingaan.

5.4. Volgens vaste jurisprudentie is in het algemeen de hoofdbehandelaar, naast de zorg die hij als specialist ten opzichte van de patiënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast met de regie van de behandeling van de patiënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. De regie houdt onder meer in dat de hoofdbehandelaar ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die in een of meer van de genoemde fasen beroepshalve bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn - en dus ook zijn eigen verrichtingen - op elkaar zijn afgestemd en zijn gecoördineerd, in zoverre als een en ander is vereist voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de patiënt, en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is.

5.5. In de Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg van januari 2010 (hierna: de Handreiking) zijn aandachtspunten vastgelegd die zijn gericht op het voorkomen van risico's die de betrokkenheid van verschillende zorgverleners voor verantwoorde zorgverlening kan opleveren en die kunnen worden gezien als de kernaspecten van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces. In de Handreiking is onder meer vermeld:

“(…) Aandachtspunt 4:

Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

Aandachtspunt 5:

Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. (…)

Aandachtspunt 6:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

(…)

Aandachtspunt 10:

Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).

(...)

Aandachtspunt 12:

Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd."

5.6. Voor een nadere invulling van de verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar in dit geval is ook de op de Wet marktordening gezondheidszorg gebaseerde DBC-regelgeving voor de gespecialiseerde GGZ van belang. Deze regelgeving is weliswaar primair gericht op de declaratiesystematiek, maar geeft ook voor de tuchtrechter bruikbare uitgangspunten met betrekking tot het hoofd-behandelaarschap in de gespecialiseerde GGZ en in het bijzonder de crisisdiensten. Nu de behandeling van klaagster bij de crisisdienst is gestart in 2015, is van toepassing de Regeling gespecialiseerde GGZ NR/CU-556 (Stcrt, 2015 Nr. 1766) (hierna: de Regeling).

5.7. De verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar zijn volgens de toelichting op artikel 3.1.1 van deze Regeling:

"a. de hoofdbehandelaar is verantwoordelijk voor het vaststellen van de diagnose waarbij de patiënt ook daadwerkelijk is (mede) beoordeeld door de hoofdbehandelaar via direct contact met patiënt. Het is hierbij mogelijk dat delen van het intake/ diagnostische proces door anderen dan de hoofdbehandelaar worden verricht;

b. de hoofdbehandelaar stelt in overleg met de patiënt het behandelplan – gericht op verantwoorde behandeling (naar de stand van de wetenschap, richtlijnconform) – vast;

c. de hoofdbehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de medebehandelaars in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn;

d. de hoofdbehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Medebehandelaars hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering;

e. de hoofdbehandelaar laat zich informeren door medebehandelaars en andere bij de behandeling betrokken professionals, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt. De hoofdbehandelaar toetst of de activiteiten van de anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt en passen binnen het door de hoofdbehandelaar vastgestelde behandelplan;

f. de hoofdbehandelaar en medebehandelaars treffen elkaar in persoonlijk contact en in teamverband met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook telefonisch en via beeldbellen), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt;

g. de hoofdbehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling in relatie tot het behandelplan en;

h. de hoofdbehandelaar heeft inzicht in de voortgang van de behandeling, hij evalueert met de patiënt en stelt indien nodig het behandelplan bij. De hoofdbehandelaar toetst tussentijds en aan het eind van de behandeling of en in welke mate de concreet omschreven behandeldoelen zijn bereikt. De hoofdbehandelaar autoriseert de beëindiging van de behandeling conform deze regeling."

5.8. Voor G. golden, blijktens de stukken en het verhandelde ter zitting, in 2015/2016 voor de taakverdeling tussen SPV en psychiater op de crisisdienst de volgende afspraken. Aan de SPV-en/crisisinterventoren bij de crisisdienst in B. komt een

grotere mate van zelfstandigheid toe dan bij de andere (ambulante) afdelingen van G.. Dit vloeit voort uit de aard van het werk (moeilijke omstandigheden, bij avond en nacht, risicotaxaties, moeilijk plannen) en de samenstelling van het behandelteam op de crisisdienst in B. (met vier zeer ervaren SPV-en, die al lang werken op de crisisdienst). Tijdens de eerste vier weken van de behandeling bij de crisisdienst wordt de patiënt vaak ook gezien door een psychiater, maar dit hoeft niet. Tijdens het volgende jaar moet de patiënt minimaal een keer door de psychiater/ hoofdbehandelaar worden gezien. De crisisinterventor is het primaire aanspreekpunt voor patiënten, stelt in overleg met de patiënt het behandelplan op, voert de regie en coördinatie over de behandeling, onderhoudt de contacten met de verwijzer en behandelaar(s) naar wie door de crisisdienst wordt verwezen en schrijft de afsluitbrief aan de huisarts. De crisisinterventor is verantwoordelijk voor zijn dossiervoering. Hij overlegt met een aanwezige psychiater als daarvoor een indicatie is. Zo'n indicatie is er in ieder geval bij vragen over het behandelbeleid, problemen in de behandelrelatie, acute zorgen over suïcidaliteit, als het nodig is in het kader van (nadere) diagnostiek en bij vragen over medicatie. De SPV heeft een eigen verantwoordelijkheid om de psychiater/ hoofdbehandelaar zodanig te informeren dat deze zijn verantwoordelijkheid kan waarmaken. De SPV volgt de aanwijzingen van de psychiater/hoofdbehandelaar op voor zover deze verenigbaar zijn met zijn eigen deskundig oordeel en meldt het expliciet wanneer hij geen gevolg geeft aan die aanwijzingen. De psychiater is bij uitstek deskundig op het gebied van diagnostiek, medicatie, de Wet Bopz en risicotaxaties. De psychiater beoordeelt een patiënt als daartoe naar zijn inzicht reden is en als de SPV dat wenselijk acht. De psychiater/hoofdbehandelaar ziet toe op een voldoende dossiervoering, maar deze verantwoordelijkheid wordt begrensd door de verantwoordelijkheid van de SPV-en voor de dossiervorming inzake hun patiënten. De psychiater/hoofdbehandelaar is niet verantwoordelijk voor het gedeelte van de behandeling dat door de SPV zelfstandig wordt uitgevoerd. Alle SPV-en en psychiaters hebben toegang tot alle dossiers, voor zover noodzakelijk voor de behandeling. Als daartoe noodzaak bestaat, brengt de SPV een patiënt in ter bespreking tijdens de behandelplanbespreking met het behandelteam van de crisisdienst.

5.9. Verder is uit de stukken en de verklaring van de getuige ter zitting aannemelijk geworden dat verweerster bij haar aanstelling op 1 oktober 2015 diverse procedurele verbeteringen bij de crisisdienst moest doorvoeren; hier was veel tijd mee gemoeid. Voordat verweerster werd aangesteld waren er geen psychiaters vast op de crisisdienst aanwezig. Daardoor waren de vier SPV-en op de crisisdienst B. overigens ook gewend zeer zelfstandig te werken. Toen dit op 1 oktober met de komst van verweerster veranderde, moesten de SPV-en er ook aan wennen dat zij nu gemakkelijker bij een psychiater terecht konden. Vanwege het grote takenpakket van verweerster en de hoge werkdruk is in februari 2016 een tweede psychiater, mevrouw Q., vast aangesteld bij de crisisdienst.

5.10. Tegen deze achtergrond zal het College de klachtonderdelen beoordelen. Klachtonderdeel a. onprofessioneel gereageerd en niet doorverwezen;

5.11. Dit klachtonderdeel bevat het verwijt dat verweerster onprofessioneel heeft gereageerd toen klagster in vertrouwen haar seksueel misbruikverleden en daaraan verbonden huidige problematiek aankaatte. Verweerster zou verkeerd en ongepast advies hebben gegeven ondanks meerdere malen aandringen van klagster om haar PTSS te herkennen en klagster niet hebben doorverwezen naar de juiste zorgverlener voor EMDR. Het college begrijpt dat klagster hier doelt op het gesprek op 1 maart 2016. Klagster stelt dat gesprek met (alleen) verweerster, een vrouwelijke psychiater, te hebben aangevraagd omdat zij haar, nu zij het "niet besproken [kreeg] bij de SPV-

er”, wilde vertellen dat zij last had van de PTSS vanwege haar seksueel misbruikverleden en dat zij daarom EMDR nodig had.

5.12. Verweerster heeft het verwijt bestreden en daartoe verwezen naar de medische decursus van het gesprek (zie hierboven onder 2.18) en het volgende aangevoerd. Klaagster ging in het gesprek niet verder in op het door haar genoemde misbruik door eerdere vriendjes ondanks verweersters expliciete vragen daarnaar. Klaagster heeft geen mededelingen of suggesties gedaan over herbelevingen of nachtmerries en ook niet over eventuele andere ervaringen van seksueel misbruik. Verweerster betreurt het achteraf dat op haar kennelijk niet is overgekomen dat klaagster het over haar PTSS-klachten en traumatische seksuele ervaringen wilde hebben, maar klaagster heeft deze niet genoemd en voor verweerster was ook niet duidelijk dat ze het daarover wilde hebben. Klaagster stelt echter dat zij dit in het gesprek wel degelijk heeft benoemd.

5.13. Wat er precies gezegd is, kan in het midden blijven, nu het advies van verweerster naar het oordeel van het college niet ondeskundig is geweest, ook als de seksuele problemen het gevolg zouden zijn van de PTSS wegens seksueel misbruik in het verleden. Verweerster vermoedde dat er sprake was van vermijding. Omdat dit een van de factoren is die een stoornis langdurig in stand kan houden, heeft zij klaagster voorzichtig – zij heeft nog benadrukt dat klaagster niet verplicht was dit advies op te volgen – aangemoedigd te proberen wat meer toenadering tot haar a.s. echtgenoot te zoeken. Dit achtte verweerster om meerdere redenen op dat moment verstandiger dan klaagster doorverwijzen naar een EMDR-therapeut. Verweerster achtte EMDR niet de enige effectieve behandeling tegen PTSS. Voor EMDR was klaagster bovendien op dat moment nog te instabiel en regelmatig suïcidaal en de 3 maanden voor klaagsters vertrek waren te kort om nog een EMDR-therapie op te starten met goede nazorg (de therapie zou bij klaagster verder ontregelend kunnen werken). Het college maakt uit het dossier op dat er in het algemeen vele pogingen zijn gedaan om klaagster te verwijzen voor verdere behandeling. Dat is niet gelukt en hing samen met het vertrek van klaagster naar het buitenland en met het advies van het K. om de begeleiding van klaagster vooralsnog slechts gericht te laten zijn op stabilisering en niet op (psychotherapeutische) behandeling. Het college maakt uit het dossier op dat klaagster destijds vaak ontregeld was en dat er sprake was van complexe psychische problematiek, waardoor zij niet iedere gewenste behandeling aankon. Ook blijkt uit het dossier dat er verschillende pogingen zijn gedaan om klaagster voor verder behandeling – waaronder een EMDR behandeling – door te verwijzen. Het is niet aan verweerster te verwijten dat het niet zover is gekomen.

5.14. Het college kan de inschatting en het advies van verweerster volgen en acht deze niet in strijd met de professionele standaard. Klachtonderdeel a is dan ook ongegrond.

Klachtonderdeel b. geheimhoudingsplicht verbroken;

5.15. Het was verweerster op grond van artikel 7:457 van het Burgerlijk Wetboek (BW) toegestaan om informatie betreffende klaagster te delen met de SPV, die immers (zeer) bij de behandeling van klaagster betrokken was. Bij een crisisdienst is het gezien de aard van het werk extra van belang dat alle SPV-en en psychiaters dag en nacht toegang hebben tot alle dossiers en goed geïnformeerd zijn over de patiënten, voor zover noodzakelijk voor de behandeling. Dit was ook de werkafspraken bij de crisisdienst B. (zie hierboven onder 5.8). Niet is gebleken dat verweerster daarbij meer informatie dan noodzakelijk was voor de behandeling van klaagster heeft gedeeld of in het dossier heeft genoteerd. Verweerster heeft aangevoerd dat klaagster tijdens het gesprek op 1 maart 2016 niet heeft verboden informatie over klaagsters seksualiteitsproblemen te

delen: klaagster had het er wel moeilijk mee dat deze informatie met de SPV gedeeld zou worden, maar verweerster heeft haar het belang daarvan uitgelegd.

5.16. Het college oordeelt als volgt. Of klaagster nu wel of niet kenbaar bezwaar heeft gemaakt, kan in het midden blijven. Een verbod had immers geen zin gehad, aangezien klaagsters mededelingen over seksueel misbruik en moeite met seksueel contact al bekend waren uit het dossier van klaagster, waaronder het verslag van 12 oktober 2015 van het diagnostisch onderzoek door het L.. Ook had klaagster zelf al aan de SPV, bijvoorbeeld in een mail van 1 december 2015, haar 'ervaringen rondom seksueel misbruik' genoemd. Het college concludeert dat klachtonderdeel b ongegrond is.

Klachtonderdeel c. seksueel intimiderende uitspraken van de SPV;

5.17. Verweerster heeft erkend dat klaagster haar tijdens het crisisgesprek 20 april 2016 heeft verteld dat zij gevoelens van positieve overdracht voor de SPV had en dat verweerster heeft besproken dat dit vaker voorkwam binnen een behandelrelatie en dat klaagster dit ook veilig met de SPV kon bespreken vanwege zijn beroepsnormen. Omdat verweerster de week van 25 april 2016 afwezig was heeft zij haar collega-psychoater bij de crisisdienst geïnformeerd over de positieve overdrachtsgevoelens van klaagster, zodat zij tijdens haar afwezigheid kon waarnemen. Blijkens de decursus heeft de collega-psychoater dit ook besproken tijdens de behandelplanbespreking op 28 april 2016. Verweerster heeft echter stellig betwist dat klaagster het over seksueel intimiderende uitspraken van de SPV heeft gehad. Er was voor verweerster – of haar collega – daarom geen aanleiding voor nader onderzoek of maatregelen. Tegenover dit verweer heeft klaagster haar stellingen niet aannemelijk gemaakt. Overigens bevat het dossier naar het oordeel van het college geen aanwijzingen dat er sprake zou zijn geweest van seksueel grensoverschrijdend en intimiderend gedrag door de SPV. Het desbetreffende onderdeel van de klacht van klaagster tegen de SPV (klachtzaak nr. 17-164VP) wordt door het college bij uitspraak van heden ongegrond verklaard.

De conclusie is dat klachtonderdeel c ongegrond is.

Klachtonderdeel d. onprofessionele reactie na crisisgesprek 20 april 2016;

5.18. De lezing die klaagster geeft van het gesprek van 20 april 2016, vindt geen steun in de decursus. Daarin is onder meer aangetekend: "Patiënte een autorisatie voor de crisisdienst voor komend weekend aangeboden, maar dat hoefde wat haar betreft niet, omdat ze de mensen die ze dan aan de telefoon kreeg toch niet kent." De lezing van klaagster komt ook niet overeen met haar eigen mail aan de SPV van 22 april 2016 (mail 43 in bijlage 2 bij het klaagschrift), waarin zij vertelt dat zij het aanbod van verweerster had afgeslagen. Alles bij elkaar genomen is de lezing van klaagster niet voldoende aannemelijk geworden. Ook overigens is het college uit het dossier en hetgeen ter zitting is besproken niet gebleken, dat verweerster onprofessioneel is omgegaan met klaagsters hulpvraag toen klaagsters crisis in ernst toenam en klaagster haar tijdens het crisisgesprek op 20 april 2016 consulteerde.

Dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Klachtonderdeel e. seksueel intimiderende uitspraak door verweerster;

5.19. Verweerster heeft stellig ontkend dat zij tijdens het crisisgesprek op 20 april 2016 zou hebben gezegd dat klaagster alles tegen de SPV mocht zeggen, maar hem niet mocht aanranden. De lezingen van partijen staan op dit punt tegenover elkaar. Het college kan niet vaststellen welke van beide lezingen aannemelijk is. In zo'n geval kan een verwijt dat gebaseerd is op de lezing van klager in beginsel niet gegrond worden bevonden. Niet omdat het woord van klager minder geloof verdient dan dat van

verweerder, maar omdat voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of nalaten verwijtbaar is, eerst moet worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat. Dat kan in dit geval niet worden vastgesteld.

Dit brengt mee dat klachtonderdeel e ongegrond wordt verklaard.

Klachtonderdeel f;

5.20. Het college begrijpt dat klachtonderdeel f er in de kern op neer komt dat verweerder haar verantwoordelijkheid als hoofdbehandelaar niet heeft genomen door ten onrechte te oordelen dat de SPV op een veilige manier met klagsters gevoelens van positieve overdracht kon omgaan en door vervolgens niet te controleren of dit ook werkelijk zo was.

5.21. Verweerder meent dat het verwijt ongegrond is en heeft daartoe het volgende aangevoerd. Zij heeft voorafgaand aan haar aanstelling bij de crisisdienst geïnformeerd naar het functioneren van de sociaalpsychiatrisch verpleegkundigen en vernomen dat zij alle vier goed functioneerden. Vanaf het moment, 25 november 2015, dat zij bij de behandeling van klagster betrokken raakte, hebben haar geen signalen bereikt waaruit zij had kunnen afleiden dat de SPV niet geschikt zou zijn als medebehandelaar. Daarbij was de SPV zeer ervaren en werkte al ruim twintig jaar bij de crisisdienst. Van de bij het klaagschrift gevoegde uitvoerige mailwisseling tussen klagster en de SPV vanaf december 2015 tot en met eind mei 2016, waarbij de SPV ook in de avond en nacht en soms vanaf zijn privé-mailadres vaak zeer uitvoerig en persoonlijk reageerde op de vele en uitvoerige mails van klagster, was verweerder uit het dossier slechts een klein deel bekend. In dat kleine deel viel verweerder wel het wollige taalgebruik op van de SPV, maar hij deed dat in alle dossiers en de collega's hadden hem hoog zitten. Daarbij komt dat men niet alles kan zien in een werkweek van 24 uur en met 80 langdurige patiënten (langer dan het eigenlijke maximum van vier weken) op de crisisdienst. Gezien dit alles en gezien de bijzondere taakverdeling op een crisisdienst tussen psychiater en SPV, waarbij de SPV zeer zelfstandig werkt en diverse verantwoordelijkheden heeft (regie over de behandeling, contactpersoon voor verwijzers en familie) die normaal gesproken aan de hoofdbehandelaar toekomen, mocht verweerder erop vertrouwen dat de SPV haar zou inlichten als er problemen in de behandelrelatie waren die tot ingrijpen noopten. In dit geval hadden verweerder en de SPV zelfs relatief veel contact, ten minste elke twee weken, waardoor verweerder het gevoel had dat zij juist goed op de hoogte werd gehouden.

Verweerder meent adequaat te hebben gereageerd toen zij rond 13 april 2016 voor het eerst vernam, van de SPV, over de gevoelens van positieve overdracht van klagster voor hem. Zij heeft toen aan hem gevraagd of het niet beter was om de behandeling door een andere SPV te laten voortzetten. Hij zag daartoe echter geen noodzaak en zei goed in staat te zijn om met die gevoelens van klagster om te gaan. Verweerder had op dat moment geen reden om daaraan te twijfelen. Volgens de SPV wilde klagster zelf ook niet naar een andere SPV en had de positieve overdracht zelfs een gunstig effect op de behandeling. Toen verweerder een en ander ter sprake bracht in haar gesprek met klagster op 20 april 2016, bevestigde klagster dit beeld. Mede gezien het feit dat klagster vanaf toen in verband met vakantie van de SPV nog slechts twee gesprekken van drie kwartier met hem zou hebben en het overdragen van de behandeling zo kort voor klagsters verhuizing naar de VS waarschijnlijk zeer onregelend zou werken, heeft verweerder ingeschat dat de voordelen van het overnemen door een andere SPV niet zouden opwegen tegen de nadelen.

Overigens was verweerder er niet blij mee dat de SPV haar advies (en dat van andere

collega's) om de behandeling over te dragen niet opvolgde; hij ging vaker zijn eigen weg en dat heeft verweerster ook enkele malen bij haar leidinggevende aangekaart. Ook omdat zij met de SPV had afgesproken dat de behandeling vanaf eind februari/begin maart 2016 zou worden gericht op 'stabiliseren', kon en hoefde zij echter niet te voorzien dat de frequentie en intensiteit van gesprekken en mailverkeer tussen 20 april en 6 mei (afsluitend gesprek) nog aanzienlijk zouden toenemen. Achteraf betreurt zij het voor klaagster wel dat de SPV – naar later bleek - zozeer zijn professionele distantie uit het oog is verloren. Aldus – steeds – verweerster.

5.22. Het college overweegt met betrekking tot dit klachtonderdeel als volgt.

In de samenhangende klacht over de SPV (zaaknummer 17-164VP) verklaart het college vandaag het klachtonderdeel over seksueel overschrijdend en intimiderend gedrag van de SPV ongegrond, maar het klachtonderdeel dat de SPV de professionele distantie onvoldoende in acht heeft genomen, gegrond. De vraag is nu of verweerster als hoofdbehandelaar dit laatste had moeten weten en voldoende adequaat heeft gereageerd op signalen in die richting. Het college is van oordeel dat verweerster op dit punt niet geheel heeft voldaan aan de eisen die aan haar als hoofdbehandelaar in dit geval konden worden gesteld. Daarbij wordt onderkend dat de rol van een psychiater als hoofdbehandelaar ten opzichte van de behandelend SPV bij een crisisdienst, zoals ook blijkt uit de boven weergegeven afspraken bij G., in het algemeen beperkter is dan elders. Die uitzondering voor de crisisdienst betreft echter met name de outreachende en buiten kantoor tijden plaatsvindende contacten. In dit geval was verweersters rol feitelijk minder beperkt omdat het ging om een behandeling gedurende enkele maanden binnen kantoor tijden, waarbij verweerster klaagster zelf ook diverse malen heeft gesproken en beoordeeld. Het optreden van verweerster wordt daarom getoetst aan de reguliere normen die gelden voor een hoofdbehandelaar van een GGZ-behandeling die met name door een SPV wordt uitgevoerd.

5.23. Het college kan het verweer en de door verweerster gemaakte afwegingen in grote lijnen volgen, met name tegen de achtergrond van de moeilijke behandelbaarheid van klaagster en het naderende einde van de behandeling wegens klaagsters emigratie. Ook heeft het college oog voor de lastige omstandigheden, gezien de veranderende werkprocessen en het feit dat zij nog maar relatief kort in dienst was, waarin verweerster moest opereren. Door echter de SPV wel aan te raden om de behandeling over te dragen, maar vervolgens genoeg te nemen met zijn uitleg, is verweerster naar het oordeel van het college te passief geweest. Zij had, getoetst aan de onder 5.6 en 5.7 weergegeven normen, als hoofdbehandelaar meer controlerend en sturend kunnen en moeten optreden. Juist bij deze – naar verweerster uit haar eigen gesprekken met klaagster wist - instabiele en 'mateloze' patiënte, die bovendien had verteld over seksuele problemen en vroeger seksueel misbruik, had extra alertheid voor de hand gelegen toen zij verliefd bleek op de SPV. Daarbij komt dat de door verweerster zelf gesignaleerde 'wolligheid' van de SPV en het feit dat hij vaker haar adviezen niet opvolgde voor verweerster, ook als zij de mail van de SPV aan klaagster van 2 april 2016 (opgenomen in de decursus van 7 april 2016) met als onderwerp 'overdracht' niet had gezien, reden voor alertheid aangaande de professionele distantie van de SPV had moeten zijn. Alles bij elkaar genomen is het college daarom van oordeel dat verweerster tekort is geschoten in haar taken als hoofdbehandelaar (inzicht houden in en toezicht houden op de behandeling) bij deze door de SPV niet goed uitgevoerde behandeling.

Het voorgaande leidt tot de conclusie dat klachtonderdeel f gegrond is.

Klachtonderdeel g. onvolledige en onjuiste weergave van gesprekken en klachten in het dossier;

5.24. Ingevolge artikel 7:454 BW is de hulpverlener verplicht om een dossier in te richten met betrekking tot de behandeling van de patiënt. Daarin moet hij onder meer de gegevens omtrent de gezondheid van de patiënt noteren en de uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening aan de patiënt noodzakelijk is. Niet is gebleken dat verweerster niet aan deze verplichting heeft voldaan. Het college is van oordeel dat het dossier zeer omvangrijk is en dat de verslaglegging zeer uitvoerig is geweest, met soms zelfs meerdere aantekeningen betreffende klaagster per dag. Dat, zoals klaagster stelt, niet alles wat tussen klaagster en verweerster of tussen verweerster en de SPV is besproken in het dossier is opgenomen, doet aan dit oordeel niet af. Evenmin is gebleken dat het dossier onjuiste informatie bevat. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel h;

5.25. Uit de gegrondverklaring van klachtonderdeel f volgt dat verweerster als hoofdbehandelaar van klaagster tekort is geschoten door niet tijdig te onderkennen dat de SPV de professionele distantie teveel uit het oog verloor en door daar niet voldoende sturend in op te treden. In zoverre is klachtonderdeel h gegrond. Voor het overige is verweerster als hoofdbehandelaar niet tekort geschoten en voor dat deel is klachtonderdeel h dus ongegrond.

5.26. De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (gedeeltelijk) gegrond is. Verweerster heeft gehandeld in strijd met de zorg die zij ingevolge artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg jegens klaagster had behoren te betrachten.

Motivering maatregel

5.27. Klachtonderdeel f is gegrond en klachtonderdeel h gedeeltelijk gegrond. Voor het overige is de klacht ongegrond. Het college is van oordeel dat met een waarschuwing kan worden volstaan. Daarbij speelt mee dat verweerster zich toetsbaar heeft opgesteld, dat het ging om een zeer moeilijk behandelbare patiënte, dat de werkomstandigheden op de crisisdienst lastig waren en dat verweerster niet eerder tuchtrechtelijk is veroordeeld."

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten weergegeven in overweging 2 "De Feiten" van de beslissing in eerste aanleg. Voor zover de psychiater in de grieven 2, 3 en 4 heeft geklaagd over de feitenvaststelling, komen deze neer op het verweer van de psychiater dat zij indertijd onbekend was met bepaalde feiten.

Deze stellingen zullen bij de beoordeling van het beroep worden betrokken. Met haar grieven 1 en 5 stelt de psychiater dat de weergave van eerdere behandelingen en beoordelingen onvolledig is en dat de weergave van de feitelijke gang van zaken vanaf 13 april 2016 onvolledig is. Voor zover nodig zal het Centraal Tuchtcollege ook die gang van zaken bij de beoordeling betrekken.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 Het beroep beperkt zich tot de gegrondverklaring van de oorspronkelijke klachten f en h, gedeeltelijk. De psychiater heeft in beroep elf – gedeeltelijk uit meerdere onderdelen bestaande – grieven ingediend. De grieven 1 tot en met 5 zijn hiervoor in overweging 3 reeds door het Centraal Tuchtcollege aan de orde gesteld.

4.2 Grief 6 betreft de datum van indiensttreding van een tweede psychiater bij de Crisisdienst van G. in B.. Deze datum was, zoals de psychiater stelt, eerder gelegen

maar de collega is feitelijk eerst in februari 2016 met haar werkzaamheden aldaar gestart. In zoverre slaagt deze grief.

Grief 7 houdt in dat het Regionaal Tuchtcollege het verweer over de taakuitvoering als hoofdbehandelaar van de psychiater onvolledig weergeeft.

Grief 8 bestrijdt het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat de psychiater niet geheel en al voldaan heeft (het CTG leest:) aan de eisen die aan haar als hoofdbehandelaar konden worden gesteld, en niet adequaat heeft gereageerd op signalen over het onvoldoende bewaren van professionele distantie jegens klaagster door de SPV.

Grief 9 betreft het oordeel dat de SPV onvoldoende professionele distantie in acht nam en het oordeel dat de psychiater is tekortgeschoten in de controle en sturing van de SPV in de behandeling van klaagster. De grieven 7, 8 en 9 lenen zich voor gezamenlijke behandeling.

Het Centraal Tuchtcollege plaatst zijn oordeel in het licht van de algemeen geldende regels over verantwoordelijkheid voor een hoofdbehandelaar, zoals door het Regionaal Tuchtcollege weergegeven in de overwegingen 5.4 en 5.5. Voorts neemt het Centraal Tuchtcollege in ogenschouw de door G. in 2015/2016 opgestelde taakverdeling tussen SPV en psychiater op de crisisdienst, welke is neergelegd in overweging 5.8, aangevuld met de verklaring van de getuige ter terechtzitting in eerste aanleg die in overweging 5.9 is opgenomen.

Over de daarin opgenomen feitelijke taakverdeling tussen hoofdbehandelaar en SPV-en zijn afspraken gemaakt. In die afspraken is uitdrukkelijk vastgelegd dat de SPV een eigen verantwoordelijkheid heeft om de psychiater/hoofdbehandelaar zodanig te informeren dat deze zijn verantwoordelijkheid kan waarmaken.

Tegen die achtergrond moet het handelen van de psychiater worden getoetst. Onweersproken is de situatie dat eerst sinds oktober 2015 een vaste psychiater aanwezig was op de crisisdienst. Voordien waren daar uitsluitend vier ervaren SPV-en werkzaam. In een part-time dienstverband kreeg de psychiater -tot februari 2016 alleen de taak het hoofdbehandelaarschap in die crisisdienst invulling te geven. Aan de psychiater waren geen bedenkingen over de kwaliteit van de behandelingen door die SPV-en bekend. Onweersproken is voorts de stelling van de psychiater dat zij uitdrukkelijk met de medebehandelende SPV heeft afgesproken dat deze haar zou inlichten als er problemen waren in de behandelrelatie, en voorts dat het voor de psychiater gelet op haar werkdruk niet mogelijk was alle dossiers steeds volledig mee te lezen. Daarom heeft zij de afspraak gemaakt dat belangrijke ontwikkelingen mondeling met haar besproken moesten worden. De psychiater stelt dat het haar niet duidelijk is geweest dat de SPV deze afspraak niet steeds en niet volledig is nagekomen, en dat haar dat in de toen bestaande omstandigheden niet is aan te rekenen.

4.3 In concreto richten de verwijten van klaagster over de invulling van het hoofdbehandelaarschap zich op de periode vanaf 13 april 2016 tot het afsluiten van de behandeling van klaagster op 6 mei 2016. Op die datum heeft de SPV met klaagster een afsluitend gesprek gevoerd. Op 21 mei 2016 is klaagster naar de USA verhuisd voor een periode van een jaar. In de bewuste periode waren zowel de psychiater als de SPV gedeeltelijk afwezig. Enig direct contact is daarom niet mogelijk geweest.

Op 13 april 2016 hoorde de psychiater voor het eerst dat klaagster positieve overdrachtsgevoelens had ontwikkeld voor de SPV. Onweersproken is de stelling van de psychiater dat zij dit gegeven heeft besproken met de SPV. Zij heeft hem bevraagd of hij met die overdracht op professionele wijze kon omgaan. De SPV heeft haar gemeld dat hij dat kon en vaker in een dergelijke situatie heeft moeten werken. In overleg is besloten de behandeling niet over te dragen aan een collega-SPV, ook al omdat de

behandeling nog maar kort zou kunnen duren in verband met het voorgenomen vertrek van klaagster naar de USA in mei 2016.

Gelet op de langjarige ervaring van de SPV en zijn inschatting van zijn mogelijkheden goed om te gaan met die overdracht, acht het Centraal Tuchtcollege niet verwijtbaar dat de psychiater dit beleid heeft geaccordeerd. Niet is gebleken dat collega's van de SPV hem hebben geadviseerd de behandeling over te dragen aan een collega; in ieder geval blijkt niet dat de psychiater van een dergelijk advies op de hoogte is gebracht. Wel is in het medisch dossier vermeld dat zij haar collega-psychiater op 28 april 2016 vanwege haar aanstaande vakantie heeft geïnformeerd over de situatie, daaronder begrepen de overdrachtsgevoelens van klaagster. Ter terechtzitting heeft de psychiater nog aangevuld dat zij haar collega heeft meegedeeld dat zij in dat kader laagdrempelig toegankelijk zou moeten zijn voor overleg en aanschuiven bij gesprek(ken) tijdens de vakantie van de psychiater en tussentijds bij de SPV zou informeren over het beloop van de behandeling van klaagster.

4.4 Alle omstandigheden in ogenschouw nemend, acht het Centraal Tuchtcollege het handelen van de psychiater niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dat de SPV niet volledig is geweest in zijn informatie aan de psychiater is de BIG-geregistreeerde verpleegkundige aan te rekenen, niet de hoofdbehandelaar die ervan mag en moet kunnen uitgaan dat de overige behandelaars hun taken goed uitvoeren. De psychiater heeft – gelet op de haar bekende informatie – adequaat gereageerd en instructies gegeven aan de SPV. Anders dan namens klaagster is betoogd, is wollig taalgebruik niet een indicatie dat de verpleegkundige onvoldoende professionele distantie heeft bewaard. De vakantieperiodes maakten meer overleg tussen SPV en psychiater in de bewuste periode onmogelijk. De overdracht aan de collega-psychiater wordt als juist beoordeeld.

4.5 Uit het voorgaande volgt dat de grieven 6 tot en met 9 slagen. Hierdoor is de noodzaak om grief 10 in al haar onderdelen te beoordelen, komen te ontvallen. Grief 10f bestrijdt het oordeel dat de psychiater wist dat de SPV haar adviezen niet opvolgde. Hierover overweegt het Centraal Tuchtcollege dat de psychiater in beroep heeft aangevoerd dat het proces-verbaal van de zitting in eerste aanleg ten onrechte vermeldt dat dit het geval was. Thans stelt zij uitdrukkelijk dat dit haar eerst na afsluiting van de behandeling van klaagster is gebleken. Nu de lezingen van de feiten van klaagster en die van de psychiater tegenover elkaar staan, kan de klacht op dit punt niet gegrond worden verklaard. Dat maakt dat dit onderdeel van grief 10 slaagt. De overige onderdelen van grief 10 blijven buiten bespreking.

4.6 De slotsom is dat het Centraal Tuchtcollege oordeelt dat het handelen van de psychiater als hoofdbehandelaar van klaagster is gebleven binnen de grenzen van een behoorlijke beroepsuitoefening. De klachtonderdelen van klaagster onder f en h zullen na vernietiging van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege op deze onderdelen alsnog ongegrond worden verklaard. Met dit oordeel is het opleggen van een maatregel dan ook niet aan de orde.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarin
de klacht door het Regionaal Tuchtcollege gegrond is verklaard
en aan de psychiater de maatregel van waarschuwing is
opgelegd,
en in zoverre opnieuw rechtdoende:

verklaart de klachten onder f en h, voor zover in beroep aan het Centraal Tuchtcollege voorgelegd, ongegrond;

is verstaat dat de opgelegde maatregel van waarschuwing
is vervallen.

Deze beslissing is gegeven door: J.M. Rowel-van der Linde, voorzitter,
R. Prakke-Nieuwenhuizen en A. Smeeïng-van Hees, leden-juristen, en I.A. de Boer en
M.C. ten Doesschate, leden-beroepsgenoten, en A.R. Sijses, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 14 augustus 2018.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.