

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 2019/051

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing naar aanleiding van de op 29 januari 2019 binnengekomen klacht van:

**A,**  
wonende te B,  
klager,

tegen

**C,**  
psychiater,  
werkzaam te B,  
verweerder,  
gemachtigde: mr. W.R. Kastelein te Utrecht

#### 1. De procedure

Het college heeft kennisgenomen van de volgende stukken:

- het klaagschrift met de bijlage;
- het aanvullende klaagschrift;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de correspondentie met betrekking tot het vooronderzoek.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van de hun geboden mogelijkheid in het kader van het vooronderzoek mondeling te worden gehoord.

De klacht is in raadkamer behandeld.

#### 2. De feiten

Op grond van de stukken kan van het volgende worden uitgegaan:

Klager, geboren in 1979, was (overwegend ambulante) in behandeling bij een GGZ-instelling (hierna: de kliniek) in verband met psychische klachten, waarbij gedacht werd aan een bipolaire stoornis of een stemmingsstoornis als gevolg van middelen (alcohol, cocaïne) met, naast persoonlijkheidsproblematiek uit cluster B en C, suïcidale gedachten.

Klager is in verband met deze klachten voor een time-out van 16 tot en met 23 oktober 2017 in de kliniek opgenomen geweest. Na zijn ontslag was sprake van een terugval in drugsgebruik en toename van somberheid en suicidaliteit. Van 1 november 2017 tot 24 november 2017 is klager wederom voor een time-out in de kliniek opgenomen geweest.

Verweerder was de afdelingspsychiater en supervisor van de verpleegkundig specialist i.o., die tijdens klagers opname zijn dagelijks behandelaar was. De verpleegkundig specialist i.o. had regulier en periodiek overleg met verweerder en met de psychiater, die zowel tijdens de ambulante behandeling als tijdens de opname regiebehandelaar van klager was.

In de ontslagbrief aan de huisarts is over het beloop van de behandeling van november 2017 het volgende opgenomen:

*“De werkhypothese bij patiënt tijdens opname was in overleg met ambulante behandelaars dat hij vanuit cluster B persoonlijkheidsproblematiek op een wanhopige, destructieve manier hulp probeerde te vragen aan ambulante en klinische behandelaars. De hulpvraag uitte zich in het dreigen met suicide en het willen van repressieve maatregelen zoals een gesloten afdeling en/of het innemen van zijn eigen spullen waarmee wij hem de mogelijkheid op suicide zouden ontnemen.*

*Ervaring leert echter dat het overnemen van verantwoordelijkheden middels gedwongen opnames op langere termijn niet helpt. Patiënt werd dan bekrachtigd in zijn overtuiging dat hij niet in staat is om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor zijn suïcidaal gedrag. Er ontstaat dan een risico op regressie en op toename van suicidaliteit. Patiënt vertelde in gesprekken met behandelaar dat hij, zijn vrienden en zijn familie het onbegrijpelijk vinden dat wij hem niet beschermen tegen zichzelf want hij wilde helemaal niet dood maar verlost worden van zijn lijden. Dit riep bij patiënt de nodige spanning op. Klinische behandelaars probeerden aan hem uit te leggen dat ze het erg verdrietig zouden vinden wanneer patiënt besluit zijn leven te beëindigen maar dat het inzetten op restrictie/bescherming bij suïcidaal gedrag en het niet adresseren van verbeteren van emotieregulatie vaardigheden eveneens zal leiden tot verdere escalatie van angst en suicidaliteit zal verder toenemen waardoor hij zich de kans ontnemt om zelf weer meer controle te krijgen.*

*Twee dagen na opname heeft hij een tentamen suicide gepleegd door in ondiep water te springen met 20kg gewicht om zijn nek. Echter kon hij staan en is niet onder water gebleven waardoor de poging mislukte. Patiënt vond interventies die wij op de afdeling bedachten over het algemeen niet helpend of steunend maar eerder belastend en vervelend. Wij poogden hem door inzicht gevende gesprekken meer ziekte-inzicht te geven en zijn suicidaliteit door gesprekken met behandelaars en het team te kunnen begrijpen. Patiënt zelf gaf aan dat hij meer valium en een medicatiewijziging van de antidepressiva wilde. Hij heeft 15mg extra valium gekregen en clomipramine 150mg waar hij erg tevreden mee was. Bedenkingen vanuit behandelaars bij de clomipramine waren dat er in het verleden mogelijk een manie is ontstaan tijdens het gebruik van clomipramine. Hij verdroeg de medicatiewisseling van sertraline naar clomipramine zonder klachten. Suïcidaliteit en hevige wanhoop namen al na een aantal dagen volgens patiënt af en hij uitte op 24 november een ontslagwens waar behandelaars meteen op ingingen gezien het een vrijwillige opname was.”*

### **3. De klacht en het standpunt van klager**

Klager verwijt verweerder dat hij hem, ondanks zijn belaste medische voorgeschiedenis en een tentamen suicide in het verleden, geen hulp heeft geboden om hem te weerhou-

den van zelfmoord, zelfs niet nadat klager op 31 oktober 2017 door de politie van het spoor is gevestigd en op 3 november 2017 geprobeerd heeft zichzelf te verdrinken.

Ter toelichting op de klacht heeft klager onder meer aangevoerd dat hij nooit dood heeft gewild, maar alleen zijn depressies (in combinatie met oorsuizen en slapeloosheid) niet meer aan kon. Van chronische depressiviteit, waar verweerder en de overige behandelaars over spreken, is geen sprake. In de depressieve episoden van zijn bipolaire stoornis had klager af en toe suïcidale gedachten. Hij is nu goed ingesteld op clomipramine en heeft sinds november 2017 geen suïcidale gedachten meer gehad. Klager heeft de dagelijks behandelaar keer op keer de ernst van de situatie benadrukt en tevergeefs gevraagd om op een gesloten afdeling te worden geplaatst of IBS te krijgen.

#### **4. Het standpunt van verweerder**

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Hij heeft daartoe onder meer het navolgende aangevoerd.

Over de in oktober 2017 bestaande diagnose bestond met klager geen overeenstemming. Er was wel overeenstemming over de klachten van wisselende stemmingen waarbij de depressieve periodes overheersten, voorheen als gevolg van cocaïnegebruik en later door verlies van toekomstperspectief bij stagnatie op meerdere levensgebieden. Ten aanzien van de onderliggende problematiek voor die stagnatie bestond ook geen overeenstemming. Behandelaren zagen de persoonlijkheidstrekken als onderliggend, klager duidde zijn klachten van tinnitus en slapeloosheid als oorzaak. Behandeling was erop gericht meer overeenstemming te krijgen en zo ruimte te creëren om de jarenlange stagnatie te kunnen doorbreken.

De time-out opname van 16 tot en met 23 oktober 2017 had niet tot verbetering geleid en het advies van de kliniek was juist de draagkracht in de thuissituatie te vergroten en een overgang in te zetten van behandeling gericht op volledig herstel naar acceptatie van blijvende beperkingen. Oefenen met autonomie en meer focus krijgen op wat er juist goed gaat waren hierin cruciaal. Opname en daarmee overname van regie wordt in dat proces niet als helpend gezien. Ondanks de contra-indicatie is klager toch opnieuw een time-out geboden op 31 oktober 2017, vanwege de lijdensdruk bij klager en omdat het de enige veiligheid was die klager op dat moment voor zichzelf kon bedenken.

Omdat al was gebleken dat bij suïcidale gedachten van klager het overnemen van verantwoordelijkheden niet de oplossing was (een opname kan, zeker als een persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd is, de suïcidaliteit juist verergeren in plaats van verminderen), is deze lijn bij de tweede time-out opname voortgezet. Bedoeling van de opname was om klager te ondersteunen, niet om de regie over te nemen.

De regiebehandelaar heeft op 31 oktober 2017 een risicotaxatie van de suïcidaliteit van klager gedaan. Op 1 november heeft de dagelijks behandelaar met klager een kennismakingsgesprek gevoerd en het voorlopig behandelplan met hem besproken. Klager gaf op dat moment aan niet suïcidaal te zijn. Klager was niet manisch, er was geen sprake van een depressief beeld en hij nam zijn lithium dagelijks volgens voorschrift. Klager heeft voorafgaand aan zijn suïcidepoging van 3 november 2017 geen signaal gegeven dat hij concreet tot een suïcide zou overgaan. Op die dag zelf heeft hij nog met twee van zijn ambulante casemanagers gesproken, in welk gesprek niets van zijn suïcidaliteit is gebleken.

Verweerder en de overige behandelaars hebben klager wel degelijk hulp geboden. Over het behandelbeleid is nagedacht en dat is met klager gecommuniceerd. Omdat klager vrijwillig was opgenomen was er geen grond voor IBS.

## **5. De beoordeling**

Het college wijst er bij de inhoudelijke beoordeling allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. Het gaat daarbij om persoonlijke verwijtbaarheid van de beroepsbeoefenaar bij de behandeling van klager.

Verweerder was (mede-)verantwoordelijk voor de behandeling van klager binnen de kliniek. Uit het dossier (inclusief het behandelplan en de aantekeningen van de behandeling) blijkt dat de suïcidaliteit veelvuldig onderwerp van gesprek is geweest en steeds is gezocht naar de omgang daarmee. Ook blijkt daaruit dat steeds gestreefd is naar een niet (te) lange opname omdat dit de suïcidaliteit niet doet verminderen, en dat klager tijdens de opname ook neigde naar meer afhankelijk gedrag, wat verder herstel en terugkeer naar huis kon belemmeren. Gezocht is naar een compromis met klager, onder meer door op zijn verzoek de opname met enkele dagen te verlengen zodat hij zich beter kon voorbereiden op het ontslag. De Richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag (2012) zegt over chronisch suïcidaal gedrag dat onderzoek dient plaats te vinden naar de aanleiding van het acuut-op-chronisch verergeren van het beeld (blz. 145) en dat suïcidale uitdrukkingen geen doodsverlangen aangeven, maar beogen anderen te bewegen "iets" te doen (blz. 208).

Het college is van oordeel dat uit het dossier naar voren komt dat voldoende is nagedacht over het te voeren beleid en dat dit beleid is onderbouwd. Het gevoerde beleid is conform het behandelplan en de Richtlijn: "opsluiten", al dan niet met een dwangmaatregel kan een gevoel van veiligheid geven, maar is op de langere termijn geen oplossing en kan zelfs een averechts effect hebben. Het dossier biedt het college geen aanknopingspunten voor het oordeel dat niet adequaat zou zijn gereageerd op door klager afgegeven (suïcide) signalen. Dat klager voor zijn zelfmoordpoging van 3 november 2017 signalen zou hebben afgegeven over zijn concrete voornemen daartoe blijkt overigens niet uit het dossier.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht kennelijk ongegrond is.

Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

## **6. De beslissing**

Het college wijst de klacht af.

Aldus beslist op 21 augustus 2019 door:  
J. Recourt, voorzitter,

C.M. Sonnenberg en J.M.C. van Dam, leden-beroepsgenoten,  
bijgestaan door N.A.M. Sinjorgo, secretaris.  
WG secretaris

WG voorzitter