

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2022/4299

A2022/4299

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG  
AMSTERDAM

Beslissing van 28 februari 2023 naar aanleiding van de klacht van:

A,  
wonende te B,  
klaagster,  
tegen  
C,  
psychiater,  
destijds werkzaam te D,  
verweerder, hierna ook: de psychiater,  
gemachtigde: mr. C. van der Kolk-Heinsbroek, werkzaam te Utrecht.

### 1. De procedure

Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 24 mei 2022;
- het verweerschrift met de bijlage;
- de brief van 19 augustus 2022 van klaagster, met de bijlage;
- de brief van 14 november 2022 van de gemachtigde van de psychiater, met de door het college gevraagde stukken;
- de brief van klaagster van 21 december 2022 met vier foto's.

De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt.

De zaak is behandeld op de openbare zitting van 17 januari 2023, waarbij de partijen zijn verschenen. De psychiater werd bijgestaan door zijn gemachtigde voornoemd. Partijen hebben hun standpunt mondeling toegelicht. Klaagster heeft een schriftelijke notitie overgelegd en voorgelezen.

### 2. Waar gaat de zaak over en wat is de beslissing?

2.1 Klaagster is de zus van haar in maart 2021 overleden broer, die onder poliklinische behandeling was (van juni 2020 tot januari 2021) van de psychiater. De psychiater werkte toen ad interim bij E. De overleden broer (hierna te noemen: de patiënt) had complexe psychiatrische problematiek, waarvoor hij verder in behandeling zou gaan bij het FACT-team in F; er was hiervoor echter een wachttijd van meer dan zes maanden. In februari 2021 had de patiënt een eerste gesprek met zijn behandelaren van het FACT-team. In maart 2021 is hij begonnen met het afbouwen van zijn medicatie. In maart 2021 is de patiënt door suicide overleden.

2.2 Klaagster meent dat de psychiater de patiënt niet goed heeft behandeld door, ondanks dringend verzoek van onder andere de patiënt en klaagster, de antidepressiva en het behandelplan niet aan te passen en geen veiligheidsinterventie

te doen. De psychiater vindt dat hij juist heeft gehandeld; hij werpt ook de vraag op of klaagster wel ontvankelijk is om namens haar broer een tuchtklacht in te dienen. 2.3 Het college komt tot de conclusie dat klaagster ontvankelijk is in haar klacht en dat de klacht in alle onderdelen ongegrond is. Het college licht dat hierna toe.

### **3. Wat is er precies gebeurd?**

3.1 De psychiater werkte tot januari 2021 als psychiater ad interim bij het (gespecialiseerde) G, dat onderdeel is van E. Hij had vanaf juni 2020 tot aan zijn vertrek per januari 2021 de patiënt onder (poliklinische) behandeling, waarbij de psychiater als regiebehandelaar optrad. De basispsycholoog was medebehandelaar. De patiënt was door GGZ H aangemeld voor een behandeling bij het G van E.

3.2 Bij de telefonische intake van E in juni 2020 (vanuit het buitenland waar de patiënt toen verbleef en waarbij ook klaagster aanwezig was) bleek dat sprake was van complexe psychiatrische problematiek (autismespectrumstoornis, posttraumatische stressstoornis, depressieve stoornis, recidiverende periode, schizofrenie) waarvoor de patiënt intensieve zorg nodig had die het G niet zou kunnen bieden. Op het intakeformulier van juni 2020 is onder meer over het behandelbeleid het navolgende vermeld: “- *Wekelijkse gesprekken met psycholoog ivm depressieve stemming en psychotische kwetsbaarheid; o.a. crisisplan maken ivm suicidale gedachten en e-module cognitieve gedragstherapie (...) depressie. – Medicatie evalueren, optimaliseren, wijzigen, monitoren door de psychiater (...)*”.

De patiënt is toen diezelfde dag nog aangemeld bij het FACT-team te F.

3.3 In juli 2020 heeft een psychiatrisch onderzoek plaatsgevonden (door middel van beeldbellen, omdat de patiënt nog in Hong Kong verbleef). De reden voor het onderzoek is geweest “advies ten aanzien van medicatie”. In het verslag staat onder meer opgenomen: “*Bij doorvragen lijkt geen sprake te zijn van een verstoord realiteitsbesef en/of psychotische symptomen. Ct vertelt vrijwel voortdurend aan suicide te denken; hij vertelt 20-25 jaar geleden een poging te hebben ondernomen (sindsdien alleen gedachten) (...)*

*C/ Diagnose ASS is eerder gesteld. Mogelijk was eerder sprake van een depressief toestandsbeeld; thans lijkt dat niet het geval (...). Thans is evenmin sprake van psychotische symptomen. (...)*

*B/ Geen wijzigingen ten aanzien van medicatie (...) Uitgelegd dat medicatie kan worden gezien als passend. Ct vertelt alle medicijnen al lange tijd (in ieder geval > 1 jaar) te gebruiken.*

*Efexor 225 mg; antidepressivum en effectief tegen angst; klachten waar (vnl) in het verleden sprake van is geweest. Ct vertelt dat hij de Efexor 's avonds inneemt; geadviseerd het 's ochtends in te nemen (kan interfereren met slaap; lijkt bij ct overigens niet aan de orde)*

*Risperdal 2 dd 2 mg; Antipsychoticum; bescherming bij psychotische kwetsbaarheid. Eveneens stemmingsstabiliserend effect en kan helpen tegen overprikkeling bij ASS. Lorazepam 2,5 mg; Uitgelegd dat benzodiazepinen op een gegeven moment hun werking verliezen; treedt gewenning op. Ct geeft aan niet gemotiveerd te zijn voor afbouw van dit middel.*

*Medicatie wordt verstrekt door de huisarts.*

*Nu geen wijzigingen ten aanzien van de medicatie. Voorgesteld CYP te bepalen; mogelijkerwijs nav deze uitslag nog specifiek advies op maat. Uitleg gegeven en formulier meegegeven. Volgende afspraak PSA als uitslag binnen is.”*

Het vorenstaande (onder C/ en B/) is ook als conclusie en advies opgenomen.

Het verslag is ook aan de huisarts verzonden.

3.4 In het overzicht van contacten tussen de psychiater en de patiënt (en huisarts) is, in chronologie, het navolgende, voor zover relevant, opgenomen:

- in juli 2020: *“Ct geeft aan niet tevreden te zijn met de huidige medicatie. Eerdere uitleg herhaalt; ct gebruikt al langere tijd medicatie, deze past op zich bij de klachten die hij heeft, uitslag lab onderzoek afwachten alvorens ik een gericht – op de persoon van ct toegespitst – medicatieadvies kan geven.”*

- in augustus 2020: *“lab 20/7 geen bijzonderheden CYP nog niet bekend.”*

- in augustus 2020: *“Ct gesproken. Daarbij zijn een aantal onderwerpen aan de orde gekomen: - Algemeen lab is binnen, geen bijzonderheden; - CYP bepaling-aanvraag is wel binnen bij lab, maar uitslag is nog niet bekend; - Ct vertelt dat zijn medicatie is aangepast. In ons dossier is geen correspondentie van I of andere partijen aanwezig. Medicatie wordt verstrekt door de huisarts. Ct. weet niet precies wat hij gebruikt.*

*Aangegeven dat ik op dit moment geen gerichte en/of onderbouwde aanvullingen/suggesties heb/kan doen. (...) – Ct geeft aan dat hij graag een toekomstperspectief zou willen en niet zoveel lege momenten zou willen ervaren. Zijn chronische neerslachtige gedachten komen hier uit voort. Ct noemt dat zelf suïcidale gedachten. Van een acuut verhoogd suïcide risico lijkt thans echter geen sprake.”*

- in augustus 2020: *“uitslag CYP (...)CYP2C19: Normaal, CYP2D6: Intermediair (metabolisme is verlaagd).(...) Door de CYP2D6 heeft ct een verhoogde kans op bijwerkingen bij Risperidon en Venlafaxine. Risperidon gebruikt hij in een lage dosering en al een langere periode; bijwerkingen zijn niet opgetreden. Bij Venlafaxine (die mogelijk recent is verhoogd), mogelijk wel een minder gunstig bijwerkingenprofiel (...) Overwegen te switchen naar een andere SSRI (zoals Setraline).”*

- in september 2020: *“Ct uitleg gegeven over CYP (...) Een mogelijkheid zou zijn te switchen van Venia naar ander SSRI, maar meerwaarde is mogelijk wel beperkt. Tegelijkertijd brengt switchen ook risico's met zich mee. Nu dus even geen adviezen ten aanzien van medicatie. (...)”*

- in oktober 2020: *“HA gesproken. Overeengekomen dat medicatie door HA wordt voorgeschreven (dat is nu ook al zo, dus daar verandert niets aan). Uitgelegd dat ik wel naar de medicatie heb gekeken, maar geen aanvullingen heb of specifiek adviezen. Tevens uitkomst CYP gedeeld en toegelicht.”*

- in oktober 2020: *“Ct gesproken. (...) Opnieuw uitleg gegeven over medicatie.”*

- in oktober 2020: *“Gesproken met HA (...) over medicatie. Aangegeven dat medicatie niet door G wordt voorgeschreven. Op zich is huidige medicatie logisch. Ik heb geen ideeën ten aanzien van medicatie die zouden kunnen leiden tot een duurzame verbetering. (...) Mijn advies is momenteel even niets aan de medicatie te veranderen; ook vanuit het meer pragmatische ‘niet aan te veel knoppen tegelijk draaien’. HA is het daarmee eens.”*

- in oktober 2020 heeft een ZOOM meeting plaatsgevonden waarbij onder andere klaagster en de tweelingbroer van de patiënt aanwezig waren, de patiënt zelf, diens huisarts en nog enige andere betrokken hulpverleners: *“Fam en ct hebben met name vragen over medicatie. (nogmaals) aangegeven dat CA medicatiebeleid niet heeft ingezet en/of bepaald en dat ik niet beschik over de correspondentie van I en J. Naar mijn mening geen sprake van ‘laaghangend fruit’ d.w.z. geen medicamenteuze interventies die bij kunnen dragen aan een duurzame verbetering. Er is vooral sprake van een negatief gedachte en gedragspatroon. (...) Afbouwen en/of switchen van de medicatie brengt risico met zich mee dat het minder gaat (suïcidaliteit kan toenemen). Wel benoemt dat ik zeer mijn twijfels heb over de meerwaarde van de Diazepam. (...) Fam en ct voeren gedurende het gesprek de druk op om “iets” te doen met de medicatie. HA [huisarts, toev. college] spreekt geeft uiteindelijk aan afbouwen wel te*

*willen proberen. Aan HA benadrukt dat ik bereikbaar ben voor intercollegiaal overleg. In het gesprek hebben we uitgelegd dat G een andere dan een medicamenteuze interventie voor ogen hebben. Namelijk CGT; negatieve cognities hebben vooral betrekking op eenzaamheid en het gevoel van nutteloosheid dat ct ervaart (...).”*

3.5 In het behandelplan van november 2020 is onder de beschrijvende diagnose onder meer opgenomen: *“Sinds het overlijden van zijn moeder [1988, toev. college] is zijn kwaliteit van leven sterk achteruitgegaan en is hij in de psychiatrie terecht gekomen. Hij zou diagnoses als schizofrenie, dissociatie en bipolair hebben gehad. Hij denkt regelmatig aan suicide. Hij heeft hier een plan voor gemaakt, om dat op een korte en snelle manier te doen. Hij kan het niet goed meer volhouden hoe dit nu gaat. Hij deed in 1998 een TS (...). Hij gebruikt medicatie: lorazepam 2,5 mg/dd, Risperidon 2 mg/dd, Venlafaxine 225 mg en Temazepam 20 mg, indien nodig. (...) De hulpvraag van cliënt is gericht om het rustig in zijn hoofd te krijgen en zijn stemming te verbeteren. In eerste instantie is geen duidelijke hulpvraag op het gebied van ASS.”* Het behandelplan is diezelfde dag ook naar de huisarts van de patiënt gezonden.

3.6 Het verloop van de contacten daarna is verder als volgt:

- in januari 2021: *“Ct tel gesproken. (...) Toestandsbeeld is vergelijkbaar met eerdere contacten; dat wil zeggen neerslachtig en suïcidale gestes. Geen sprake van een acuut verhoogd suïciderisico. Ct maakt in ieder geval plannen voor de komende dagen. Uit emails van familie en PB [persoonlijk begeleider, toev. college] blijkt dat behoefte bestaat aan (vervolg)systeemgesprek. (...) Ct geeft aan ook nog vragen te hebben over de medicatie, aangezien dat nu via de HA gaat, aangegeven dat het dan wellicht verstandig is ook de HA voor een dergelijk gesprek uit te nodigen.”*

- in januari 2021: *“tel contact met HA: - Ct en familieleden doen vaak beroep op HA-praktijk (...) – Wij wachten -net als HA – op terugkoppeling van FACT over wachttijd. Aangegeven dat ik zou willen aansturen op een warme overdracht/HA zou daar ook graag bij betrokken worden. Nogmaals medicatie doorgesproken. Afbouwen benzo's zou verstandig zijn (ct vraag bij HA vaak om meer benzo's, dit wordt afgehouden), maar ct is daar niet voor gemotiveerd.”*

3.7 Per e-mail van januari 2021 heeft klagster aan de psychiater gemaild (met afschrift aan de klachtencommissie) dat zij mailt uit naam van de patiënt en haar broer (tevens de tweelingbroer van de patiënt), dat zij zich ernstige zorgen maken over de patiënt's geestelijke gezondheid en dat zij vragen hebben over zijn huidige behandeling. In het bijzonder wordt benoemd dat zij meerdere malen hun zorgen hebben geuit over het niet-aanslaan van het door de patiënt gebruikte antidepressivum en dat de psychiater herziening van de medicatie heeft geweigerd. Klagster wijst er ook op dat de psychiater de vigerende richtlijn depressie niet heeft gevolgd en zij verzoekt dan ook aanpassing van het antidepressivum of anderszins doorverwijzing naar een andere psychiater die dat wel wil doen.

3.8 Op deze e-mail heeft de psychiater geantwoord in januari 2021, waarin hij onder meer schrijft: *“De medicatie wordt – zoals bekend – voorgeschreven door de huisarts; ten aanzien van de medicatie heb ik een adviserende rol (ben dus zeker ook beschikbaar voor de huisarts voor overleg), maar ik ben niet de voorschrijver en heb dit huidige medicatiebeleid ook niet ingezet/bepaald. Ten aanzien van de medicatie noemt u terecht dat het langdurig gebruik van benzodiazepine ongewenst is. In het gezamenlijk overleg dat wij hadden in oktober heb ik ook aangegeven dat ik van mening ben dat afbouwen van de benzodiazepinen een logische eerste stap zou zijn. Uw broer gebruikt overigens al een antipsychoticum (namelijk Risperidon)... .Tevens heb ik destijds aangegeven dat we bij het G bewust hebben ingezet op een andere – dan primair medicamenteuze – aanpak, namelijk CGT. (...) Persoonlijk denk ik dus*

*dat het verstandig is (opnieuw) een bijeenkomst te plannen, daarbij de stand van zaken te bespreken en de koers (opnieuw) te bepalen. Tot mijn spijt zal ik daar zelf geen invulling aan kunnen geven. Ik ben na vandaag niet langer werkzaam bij E. (...) Met de basispsycholoog, [toev. college] heb ik bovenstaand ook doorgenomen. Zij zal – indien gewenst – het plannen van een systeemgesprek op zich nemen. De basispsycholoog blijft dan ook het eerste aanspreekpunt.”*

Vanaf januari 2021 is de patiënt verder behandeld door een andere psychiater.

3.9 In februari 2021 is het bericht van het FACT gekomen dat de patiënt in behandeling kon komen. In februari 2021 volgde een eerste gesprek/ontmoeting tussen de behandelend psychiater aldaar en de patiënt. De antidepressieve medicatie zou veranderd worden van venlafaxine naar nortriptyline. In maart 2021 is de patiënt begonnen met het afbouwen van zijn toenmalige medicatie. In maart 2021 is hij door suïcide overleden.

3.10 In mei 2021 heeft bij E een gesprek plaatsgevonden waarbij onder andere klaagster en haar echtgenoot, behandelaren en de psychiater aanwezig waren. Ter zitting hebben zowel klaagster als de psychiater verklaard dat dit geen aangenaam gesprek was.

#### **4. Wat houdt de klacht in?**

Volgens klaagster heeft de psychiater onzorgvuldig/onjuist gehandeld en zij heeft vier klachtonderdelen geformuleerd:

1. de psychiater heeft geweigerd om de medicatie (antidepressiva) van de patiënt aan te passen, ondanks herhaald verzoek van de patiënt en diens familieleden en ondanks het feit dat deze medicatie gedurende negen maanden gebruik niet aansloeg;
2. de psychiater heeft geweigerd om het behandelplan van de patiënt aan te passen aan diens hulpvraag om de depressie te behandelen in plaats van (alleen) het ASS gedeelte te behandelen;
3. de psychiater heeft geweigerd een veiligheidsinterventie te doen terwijl de patiënt in de behandelperiode meerdere malen heeft aangegeven dat hij suïcidaal was en een plan had om dit op een korte en snelle manier te doen;
4. de psychiater liet ongevoeligheid en gebrek aan empathie zien op het gesprek van 4 mei 2021 door de nabestaanden niet één keer te condoleren met hun verlies.

#### **5. Wat is het verweer?**

De psychiater heeft als eerste verweer opgeworpen dat klaagster niet-ontvankelijk is in haar klacht, omdat niet aannemelijk is dat deze tuchtklacht berust op de veronderstelde wil van de overleden patiënt. Voor het geval het college klaagster wel ontvankelijk acht, heeft de psychiater ook inhoudelijk verweer gevoerd. Het verweer wordt voor zover nodig hierna verder besproken.

#### **6. Wat zijn de overwegingen van het college?**

*Is de klacht ontvankelijk?*

6.1 Klaagster is de zus van de overleden patiënt. Niet bestreden is, en dat blijkt ook uit de overgelegde stukken, dat klaagster met de patiënt intensief contact had en dat de patiënt deels ook bij haar in het buitenland woonde als hij daar was. Klaagster is, toen de patiënt nog leefde, bij de behandeling betrokken geweest hetgeen blijkt uit de telefonische intake van juni 2020 en de ZOOM bijeenkomst in oktober 2020 waarbij klaagster en haar broer aanwezig waren. Voorts blijkt uit een whatsapp gesprek tussen klaagster en haar broer dat hij de e-mail aan de psychiater van januari 2021 met een afschrift aan de klachtencommissie ondersteunt. Deze feiten en omstandigheden rechtvaardigen het vermoeden dat klaagster met deze tuchtklacht, die over het behandelen van haar overleden broer gaat, de wil van de overleden

patiënt vertegenwoordigt. Er zijn geen bijzondere omstandigheden aangevoerd of gebleken op grond waarvan er twijfels bestaan of klaagster overeenkomstig de wil van de overledene deze tuchtklacht heeft ingediend. Klaagster is aldus ontvankelijk in haar klacht.

#### *De klachtonderdelen 1 en 2: aanpassing medicatie en aanpassing behandelplan*

6.2 Omdat de klachtonderdelen 1 en 2 nauw met elkaar samenhangen zal het college deze beide onderdelen gezamenlijk behandelen en beoordelen. Allereerst zal het college ingaan op de rol van de psychiater als regiebehandelaar.

#### *De regiebehandelaar*

6.3 Als leidraad voor de beoordeling noemt het college de uitspraak van het Centraal Tuchtcollege Gezondheidszorg (CTG) van 29 januari 2021i. Deze uitspraak is weliswaar gedaan na het einde van de behandelrelatie, maar bevat ten opzichte van de eerdere rechtspraak van het CTG over het hoofdbehandelaarschap geen inhoudelijke wijzigingen. In deze uitspraak heeft het CTG wat betreft het hoofdbehandelaarschap aanleiding gezien de vaste rechtspraak over de taken en verantwoordelijkheden van verschillende zorgverleners bij de behandeling van één patiënt te herformuleren. De toegenomen complexiteit van zorg, die soms door zorgverleners van verschillende instellingen wordt verleend, vereist uitgangspunten die meer flexibel toegepast kunnen worden. Daarom zal hierna ook worden gesproken over “de regiebehandelaar”, aldus het CTG. In gevallen waarin twee of meer zorgverleners betrokken zijn bij de behandeling van één patiënt, moet als uitgangspunt worden genomen dat elke bij die behandeling betrokken zorgverlener een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft en houdt jegens die patiënt. In gevallen waarin de aard en/of complexiteit van de behandeling dat nodig maakt, dragen deze (individuele) zorgverleners er steeds zorg voor dat één van hen als regiebehandelaar wordt aangewezen.

De regiebehandelaar ziet er in ieder geval op toe, dat:

- de continuïteit en de samenhang van de zorgverlening aan de patiënt wordt bewaakt en dat waar nodig een aanpassing van de gezamenlijke behandeling in gang wordt gezet;
- er een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg is tussen de bij de behandeling van de patiënt betrokken zorgverleners;
- er één aanspreekpunt voor de patiënt en diens naaste betrekking(en) is voor het tijdig beantwoorden van vragen over de behandeling.

Ter nadere toelichting overweegt het CTG dat de regiebehandelaar niet zelf het aanspreekpunt hoeft te zijn. Het aanspreekpunt hoeft voorts niet zelf alle vragen van de patiënt en diens naaste betrekkingen te kunnen beantwoorden, maar moet wel de weg naar de antwoorden weten te vinden. Deze norm ziet niet op het actief informeren van de patiënt en diens naaste betrekkingen. De plicht van de zorgverlener om actief informatie te geven volgt immers al uit de eigen verantwoordelijkheid die de zorgverlener jegens de patiënt heeft.

#### *Het medisch dossier*

6.4 Op verzoek van het college heeft de psychiater na het wisselen van de stukken in deze zaak (het klaagschrift en het verweerschrift) een uittreksel overgelegd van het medisch dossier van de patiënt voorzover de psychiater daarbij zelf persoonlijk was betrokken (het college verwijst korthedshalve naar de gegevens onder nummers 3.4-3.6). Ter zitting bleek dat er veel meer aantekeningen waren in het medisch dossier van de patiënt, in het bijzonder van de medebehandelaar/basispsycholoog. Die stukken zijn niet overgelegd en het college kan daarom niet beoordelen of het daarmee relevante informatie mist nu de psychiater (ook) regiebehandelaar was. Het

college wijst erop, en dat is ook ter zitting uitgesproken, dat het (volgens vaste rechtspraak van het CTG) een zorgverlener is toegestaan in het kader van een verweer in een tuchtklacht de relevante passages uit het medisch dossier over te leggen. Of dat hier is gebeurd, kan het college als gezegd niet beoordelen.

#### *Het handelen van de psychiater*

6.5 Op 2 juli 2020 heeft het psychiatrisch onderzoek plaatsgevonden (via beeldbellen), waarvan het doel was om advies te geven over de medicatie (zie onder 3.3). De psychiater heeft bij het psychiatrisch onderzoek in juli 2020 aan de patiënt voorgesteld om een zogeheten CYP-profiel te bepalen (door deze farmacogenetische informatie kan bekeken worden of een patiënt de best passende medicatie krijgt en in de juiste dosering). Dit onderzoek is ook uitgevoerd en met de patiënt besproken. Toen de patiënt in juli 2020 aangaf niet tevreden te zijn over de huidige medicatie heeft de psychiater op goede gronden kunnen besluiten om nog niet tot wijziging van medicatie over te gaan nu de uitslag van het CYP-onderzoek er nog niet was. In augustus 2020 zijn de uitkomsten van het CYP-onderzoek bekend geworden. De uitkomsten hiervan noopten de psychiater niet tot een wijziging van de medicatie. Zijn overwegingen om dat niet te doen heeft de psychiater verwoord naar de patiënt in september 2020. Dat de psychiater toen heeft gekozen om, gezien die uitslag, niet van medicatie te wisselen (gezien de risico's daarvan) kan het college volgen. Er was sprake van een patiënt met complexe psychiatrische problematiek waaronder een ASS-diagnose waarvoor hij verder in een gespecialiseerde setting behandeld zou worden. Bij het psychiatrisch onderzoek in juli 2020 heeft de psychiater toen geen depressieve stoornis vastgesteld, waarop de verdere behandeling ook niet was gestoeld. De meerwaarde van wisselen van medicatie werd beperkt ingeschat, hetgeen een afweging toentertijd van de psychiater is geweest die het college kan volgen. Daarna zijn er nog meerdere contacten met de patiënt geweest over wijziging van de medicatie en de psychiater heeft ervoor gekozen om (nog) niets aan de medicatie te veranderen, ook in overleg met de huisarts die de medicatie voorschreef.

6.6 Wat dit laatste aspect betreft heeft het college wel opmerkingen: deze complex psychiatrische patiënt was aangemeld voor behandeling in een gespecialiseerde setting (het FACT-team), maar in die tussentijd (omdat er een wachtperiode was van zeker een half jaar) werd de medicatie verstrekt door de huisarts, terwijl de patiënt ook onder behandeling was van de psychiater, een medisch specialist. Weliswaar heeft de psychiater contact onderhouden met de huisarts hierover, maar het is het college niet duidelijk geworden waarom de psychiater hier de medicatieverstrekking niet zelf ter hand heeft genomen en zich heeft beperkt tot – wat hij noemt – een adviserende rol. Zo heeft de psychiater wél een CYP-profiel laten bepalen maar zich anderzijds op het standpunt gesteld dat de huisarts de medicatie voorschreef. De psychiater heeft ook overleg gehad met de huisarts over de medicatieverstrekking en zich bereid verklaard om mee te denken. Toch heeft de psychiater de medicatieverstrekking niet zelf ter hand genomen en de huisarts daarmee 'ontlast'. Deze wijze van handelen heeft tot onduidelijkheid geleid bij in ieder geval klaagster (en wellicht ook bij de patiënt) onder wiens verantwoordelijkheid de medicatieverstrekking nu plaatsvond. Dit handelen is echter niet tuchtrechtelijk verwijtbaar, omdat de psychiater wel steeds met de huisarts in contact is blijven staan over de medicatieverstrekking en met de huisarts meedacht.

6.7 Uit het overzicht van de contacten volgt dat de medicatie(wijziging) vaak een onderwerp van overleg en gesprek is geweest met de patiënt en met de huisarts. De psychiater heeft ervoor gekozen om de medicatie, ondanks verzoeken daartoe, niet te wijzigen zich daarbij baserend op de 'Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van autismespectrumstoornissen (ASS) bij volwassenen'. De strekking

van deze richtlijn is (onder meer) dat bij patiënten met ASS terughoudendheid is geboden met (forse) medicatiewijzigingen. De behandeling van ASS staat niet ter discussie; de klacht richt zich op het achterwege laten van de medicamenteuze behandeling van de depressieve klachten van de patiënt (met onder meer de suïcidegevoelens). Het handelen was ook in overeenstemming met het behandelplan van november 2020: *“De hulpvraag van cliënt is gericht om het rustig in zijn hoofd te krijgen en zijn stemming te verbeteren. In eerste instantie is geen duidelijke hulpvraag op het gebied van ASS.”* Naar het oordeel van het college heeft de psychiater in deze (complexe) casus kunnen besluiten om de medicatie voor de behandeling van de depressieve klachten van de patiënt niet aan te passen, ondanks de dringende verzoeken hiertoe van de patiënt en onder meer klaagster. De patiënt zou verder behandeld worden door het FACT-team alwaar de medicatie tegen het licht zou worden gehouden. In de periode dat de patiënt onder behandeling was van de psychiater is, blijktens het overzicht van contacten, wel gebleken van inzet om de patiënt goed te behandelen en is de medicatieverstrekking ook steeds onder de aandacht geweest van de psychiater. Hij heeft in zoverre zijn rol als regiebehandelaar juist uitgevoerd en zijn handelen is in overeenstemming met het behandelplan waarin staat dat de psychiater de medicatie(verstrekking) zou evalueren, optimaliseren, wijzigen (indien nodig, zo verstaat het college) en monitoren.

6.8 Concluderend oordeelt het college dat de twee eerste klachtonderdelen niet gegrond zijn.

#### *Klachtonderdeel 3: geen veiligheidsinterventie(s)*

6.9 Klaagster meent dat de psychiater heeft geweigerd een veiligheidsinterventie te doen, terwijl de patiënt had aangegeven dat hij suïcidaal was en een plan had om dit op een korte en snelle manier te doen; de patiënt had in een psychiatrisch ziekenhuis moeten worden opgenomen, aldus klaagster.

6.10 In het intakeverslag van juni 2020 van E (waarbij de psychiater niet was betrokken) staat vermeld dat hiervoor een crisisplan wordt gemaakt. Dit is ook gebeurd met behulp van de zogeheten ‘crisiskaart’. In het behandelplan van november 2020 staat vermeld dat een signaleringsplan en een crisisplan aanwezig is. Uit de contacten tussen de psychiater en de patiënt zijn meerdere keren de suïcidale gedachten van de patiënt aan de orde gekomen. In augustus 2020 is de patiënt nog gezien door de crisisdienst die een suïcidaliteitsrisicobeoordeling heeft gedaan en die laag inschatte. In januari 2021 heeft de psychiater nog met de patiënt gesproken over zijn neerslachtigheid en suïcidale gestes en toen beoordeeld dat er geen acuut verhoogd suïciderisico was. Verweerder heeft aangevoerd dat tijdens de behandeling van de patiënt de gangbare veiligheidsinterventies zijn ingezet en adequaat zijn gebleken. Op basis van de hier voorhanden zijnde (mogelijk beperkte) informatie heeft het college onvoldoende aanknopingspunten om te oordelen dat de psychiater hier tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Dit klachtonderdeel is dan ook niet gegrond.

#### *Klachtonderdeel 4: ongevoeligheid en geen empathie*

6.11 Tot slot verwijt klaagster de psychiater dat hij de nabestaanden niet één keer heeft gecondoleerd met hun verlies. Zij doelt daarbij in het bijzonder op het gesprek van mei 2021 met de familie en de behandelaren (zie onder 3.10). In mei 2021 was de psychiater niet meer werkzaam bij E en hij is toch gekomen naar dat gesprek naar aanleiding van het overlijden van de patiënt. In de herinnering van klager is bij het begin van de bijeenkomst ‘een rondje’ gemaakt en hebben verschillende aanwezigen hun medeleven naar de familie uitgesproken. Ter zitting lichtte de psychiater nog toe dat hij van één van de personen van E had vernomen dat een condoleance van zijn



kant misschien niet op zijn plaats was. Wat daar verder ook van zij om dat advies op te volgen: uit het niet uiten van condoleances kan niet afgeleid worden dat de psychiater geen empathisch vermogen heeft. Wat er verder precies is gezegd tijdens die bijeenkomst kan niet meer gereconstrueerd worden en het komt aan op wat klaagster en verweerder hebben ervaren en onthouden van het gesprek in mei 2021. Het is te betreuren dat beide partijen het gesprek als zeer naar hebben ervaren. Van tuchtrechtelijk verwijtbaar gedrag van de psychiater is volgens het college echter geen sprake geweest. Het vierde verwijt is al met al niet gegrond.

#### *Conclusie*

6.12 Duidelijk is geworden dat klaagster en haar familie zeer betrokken waren bij het welzijn van de patiënt en dat zij er alles aan hebben gedaan om te voorkomen dat de patiënt suïcide zou plegen. Aan de andere kant hebben ook de behandelaren, onder wie de psychiater, zich ingezet voor de patiënt om hem een adequate behandeling te geven en hebben zij ook oog gehad voor zijn medicatieverstrekking. Niet gezegd kan worden dat de patiënt door de keuze de medicatie niet te wijzigen suïcide heeft gepleegd en aan de andere kant kan ook niet gezegd worden dat mét een eerdere medicatiewijziging de patiënt geen suïcide zou hebben gepleegd. Met deze onzekerheid en verdrietige omstandigheid zullen zowel klaagster (en haar familie) als verweerder moeten omgaan.

De vier klachtonderdelen zijn ongegrond.

#### **7. De beslissing**

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door R.A. Dozy, voorzitter, E.M. Deen, lid-jurist, J.M.C. van Dam, A.E. van der Waal en F.J.M. Bruggeman, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.G. Verkerk, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 28 februari 2023.