

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2022/4285

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
ZWOLLE

Beslissing in raadkamer van 17 maart 2023 naar aanleiding van de klacht van:

A , wonende te B,

klaagster,

tegen

C ,

Psychiater,

destijds werkzaam te B,

beklaagde,

gemachtigde: mr. J.S.M. Brouwer, werkzaam bij DAS.

1. De procedure

Het verloop van de procedure blijkt uit:

De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt. Het college heeft de klacht op basis van de stukken beoordeeld.

2. Waar gaat de zaak over?

Klaagsters broer is geboren in 1958 en overleden in 2020. Hij kent een langdurige psychiatrische voorgeschiedenis en is sinds 1979 vele malen opgenomen geweest vanwege een schizoaffectieve stoornis met manisch(-psychotische) ontregelingen. Klaagsters broer is voor zijn problematiek jarenlang onder behandeling geweest bij D. In het behandelplan van D van 10 september 2016 is over de voorgeschiedenis van klaagsters broer onder meer het volgende vermeld:

“2001nov. – 2002 jan. Manische ontregeling. IBS en RM worden niet bekrachtigd vanwege vrijwillig willen blijven. Medicatie: Depakine 500 3dd1, Cisordinol 25 mg 3dd1, Lithiumcarbonaat 400 mg 1dd1, 1dd2, Prometazine 25 mg 3dd1, Oxazepam 50 mg 1dd1, 1dd2, Nozinan 25 mg 2dd ½, 1dd2, Akineton 2mg zn tot 2dd1.

2002 jan. herstart PIT. Patient weigert gesprek arts en bloedcontrole.

2006 Medicatie Lithium verlaagd naar 2dd1.

2006 tot heden: relatieve stabiliteit. Geen opnames. Februari 2010:start Cluster Ambulante Langdurende Zorg, waarmee een einde komt aan wekelijks huisbezoek, client wil zijn dagelijks leven verder alleen met hulp van thuiszorg en medicatie voorschrijf vanuit CAB.

(...)

2012: Vanaf start CAB heeft hij aangegeven weinig contact te willen maar wel bereid te zijn om labcontroles te laten plaatsvinden. Client meer contact opdringen lijkt averechts te werken. Nu laat hij de labcontroles met regelmaat zelf uitvoeren. We accepteren zijn wens tot geen contact behalve wanneer hij in crisis komt. (...)

2014 medicatie trouw, life style niet te beïnvloeden, lab controle in de gaten blijven houden

2015 Thuiszorg stopt door houding van client, zeer dwingend in welke activiteiten wel of niet konden, zo ook in gesprek waardoor samen werken geheel onmogelijk leek te zijn geworden.

Daarnaast zijn in het behandelplan onder meer de volgende behandeldoelen weergegeven:

“Ik wil graag opname en decompensatie voorkomen. Voor medicatie trouw is een Baxter geregeld en laat ik mij volgens afspraak met regelmaat prikken voor lab controles. Tevens krijg ik tweemaal keren per jaar een contact aangeboden na de controles bij het lab of bij psychiater of bij sociaal psychiatrisch verpleegkundige. SPV benadert mij actief telefonisch als ik niet verschijn bij labcontroles. Pas in tweede instantie zal er een huisbezoek plaatsvinden. Indien ik dan toegang weiger, communiceert SPV door voordeur raampje.”

Uit het behandelplan komt verder naar voren dat klaagster betrokken is bij de afstemming met hulpverlening en regelzaken en dat zij haar broer ondersteunt bij diverse praktische zaken en communicatie naar instanties.

Met ingang van 1 januari 2017 is de psychiater bij D begonnen en aan het behandelteam van klaagsters broer toegevoegd.

Uit de decursus (die als bijlage 2 bij het verweerschrift is gevoegd) blijkt onder meer het volgende.

Op 14 juni 2017 is de psychiater voor het eerst met de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige bij klaagsters broer op huisbezoek geweest. Klaagster was daar ook bij aanwezig. Onder meer werd gesproken over een eventuele afbouw van medicatie. Ook in de volgende contacten was dit onderwerp van gesprek. Op 14 juni 2017 werd Nozinan voorzichtig herstart (halve tablet a 12,5 mg) nadat klaagsters broer in maart van dat jaar circa anderhalve week zijn medicatie niet had genomen en waarbij in maart van dat jaar de Nozinan was omgezet naar pipamperon (Dipiperon). Per 14 juni 2017 werd dit medicament gestaakt. Uiteindelijk werd op 7 september 2017 begonnen met de afbouw van de dosering Cisordinol, nadat eerder al was begonnen met de afbouw van Nozinan.

Op 9 oktober 2017 heeft de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige telefonisch contact met klaagsters broer gehad, waarbij klaagsters broer aangaf tevreden te zijn over de medicatiedosering en de verstrekking/tijden.

Op 29 november 2017 heeft weer een huisbezoek door de psychiater en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige plaatsgevonden, waarbij een verdere afbouw van de Cisordinol is afgesproken.

Tijdens een telefonisch consult met de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige op 12 maart 2018 heeft klaagster de wens uitgesproken om haar broer te laten verwijzen naar het Autisme Kennis Centrum voor diagnostiek.

Op 14 maart 2018 heeft de psychiater hierover met klaagster gesproken en uitgelegd dat een verwijzing vanuit de huisarts diende te komen, omdat vanuit D geen vraag bestond voor autismeonderzoek.

Op 9 mei 2018 heeft een verdere afbouw van de Cisordinol plaatsgevonden.

Op 22 mei 2018 heeft overleg plaatsgevonden tussen de psychiater en sociaal-psychiatrisch verpleegkundige over de op dat moment geldende beschrijvende diagnose zwakbegaafdheid. Omdat klaagster en haar broer hier grote weerstand tegen hadden en klaagsters broer hier nooit op getest is geweest, werd besloten om zwakbegaafdheid uit de beschrijvende diagnose te halen.

Tijdens het huisbezoek van 1 augustus 2018 werd een verdere afbouw van de Cisordinol afgesproken.

Op 4 september 2018 heeft de psychiater telefonisch gesproken met klaagster. Klaagster heeft hierbij aangegeven dat zij vond dat de juiste diagnose gesteld moest worden. De psychiater heeft hierover genoteerd dat ze op dat moment voor het eerst hoorde dat klaagster twijfelde aan een stoornis in het bipolaire spectrum.

Op 31 oktober 2018 heeft weer een huisbezoek plaatsgevonden, waarbij weer over verdere medicatieafbouw is gesproken. Klaagster dacht dat haar broer met haar steun waarschijnlijk zonder medicatie zou kunnen. De psychiater heeft hierop aangegeven dat zij wel wilde kijken en meewerken aan wat er minder kon, maar dat zij wel duidelijke redenen zag om de stemmingsstabilisatoren te handhaven, gezien de vele ernstige ontregelingen in de geschiedenis, meestal als hij geen medicatie meer nam. De afgesproken medicatieafbouw komt ook terug in het behandelplan van 2 november 2018. Hierin is ook de wens van klaagsters broer neergelegd dat hij zoveel mogelijk medicatie wilde afbouwen.

Uit de decursus blijkt verder dat er op 30 januari 2019 weer een huisbezoek heeft plaatsgevonden. Op dat moment ging het goed met klaagsters broer en was er geen wens om de medicatie te wijzigen/minderen. Het ASS onderzoek liep op dat moment nog.

Na een periode van minder en moeizamer contact (contact werd blijkens de decursus door klaagster afgehouden) heeft de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige op 2 januari 2020 weer een huisbezoek afgelegd bij klaagsters broer. Deze gaf aan dat het op dat moment goed ging. Ook was hij tevreden over de huidige soort en dosering van de medicatie en wilde hij het komende half jaar geen gesprek over wijzigingen. Ook bij telefonisch contact tussen de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en klaagsters broer op 30 maart 2020 was sprake van een stabiele situatie. Wel heeft klaagsters broer aangegeven de Cisordinol verder te willen afbouwen. Dit zou eerst met klaagster besproken moeten worden.

Op 1 april 2020 heeft klaagster hierover gebeld met de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Zij was verontwaardigd dat hij telefonisch contact met haar broer had gezocht, omdat haar broer daarmee onder druk zou worden gezet. Volgens klaagster was haar broer kwetsbaar omdat hij autistisch was en dus nog steeds verkeerd werd gediagnosticeerd door GGZ en jarenlang met foutieve medicatie was behandeld. Ze was op dat moment op zoek naar een psychiater die het met haar eens was.

Er heeft vervolgens een beoordeling plaatsgevonden door psychiater

E. Deze beoordeling had betrekking op het medicatiebeleid en het diagnostisch kader.

Op 26 augustus 2020 heeft een gesprek plaatsgevonden tussen klaagster, haar broer en E. De bevindingen hiervan zijn door E neergelegd bij brief van 2 september 2020. Volgens E bleken er bij onderzoek kenmerken van ASS. Verder is door hem onder meer het volgende overwogen:

“Ongeacht de diagnostische achtergrond lijkt medicatieafbouw geïndiceerd, gegeven de combinatie van irrationele polyfarmacie en het optreden van metabole (obesitas) en neurologische (tardieve dyskinesie) complicaties. Verder is uit de literatuur bekend dat bij patiënten op oudere leeftijd en een stabiel klinisch beeld medicatieafbouw tot aanzienlijke verbetering kan leiden met betrekking tot symptomen, functioneren, cognitie en functioneren.

(...)

De kans op een geslaagde afbouw is groter als men:

Conclusie

F en zijn zus geven aan het liefst een overplaatsing te willen naar G, iets wat zij nu aan het onderzoeken zijn. Dit lijkt wellicht een geschikte plek voor verdere behandeling en begeleiding.

In de tussentijd is het wellicht mogelijk om met patiënt en zuster een traject in te gaan van medicatieafbouw, met inachtneming van de voorwaarden hierboven. Hoewel er zeker sprake kan zijn van onderliggende psychosegevoeligheid (immers autismespectrum en psychosegevoeligheid tonen een natuurlijke comorbiditeit en zijn genetisch verwant) denk ik dat een diagnostisch kader van autismespectrum ook veel te bieden heeft om F te begrijpen en te begeleiden. Tevens denk ik dat de term 'zwakbegaafdheid' waarschijnlijk niet van toepassing is op het beeld."

Hierna is op 9 september 2020 via de waarnemend huisarts een aanmelding voor afdeling G ontvangen. Deze aanmelding was vanuit D afgewezen. Hierover is op 22 september 2020 telefonisch contact geweest tussen klaagster en de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, nadat was gebleken dat de verwijzing via de huisarts geen vervolg kreeg. Klaagster wilde een interne verwijzing naar G.

Voorstellen om hierover verder in gesprek te gaan, al dan niet met de psychiater of de manager, werden door klaagster afgewezen.

De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige heeft een en ander vervolgens diezelfde dag met de psychiater besproken. Deze heeft daarover genoteerd geen indicatie te zien voor verwijzing naar G. Omdat klaagster niet in gesprek wilde, kon ook niet over eventuele medicatieafbouw worden gesproken.

Op 29 september 2020 heeft de psychiater telefonisch contact opgenomen met E over de reden van advies voor verwijzing naar G. Daar hoorde hij dat van klaagster was vernomen dat haar broer was overleden. In verband hiermee heeft de psychiater diezelfde dag nog telefonisch contact opgenomen met klaagster.

3. De klacht

Klaagster verwijt beklagde dat zij:

2. de diagnose van de vorige behandelende psychiaters heeft overgenomen;
3. niet heeft meegewerkt aan overplaatsen naar G, een gespecialiseerde afdeling van D;
5. het onderzoek en advies van E niet heeft opgevolgd.

4. Het standpunt van de psychiater

De psychiater is van mening dat haar geen tuchtrechtelijk verwijt treft. Zij heeft zich in de ambulante zorg voor de broer van klaagster ingezet en conform de indicatie behandeling en begeleiding ingezet, rekening houdend met de wensen van de broer. Met regelmaat liet de broer weten dat hij minimaal contact wenste en dat hij het niet altijd eens was met zijn zus. In overleg werd aan de medicatievermindering gewerkt. Het ging lange tijd goed in de contacten maar niet kan worden vermeden dat het team moest manoeuvreren om vooral rekening te kunnen houden met de belangen van de broer.

Voor zover nodig wordt hierna, bij de bespreking van de klachtonderdelen, nader op het verweer ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Algemeen

De vraag is of de psychiater de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwaam handelende psychiater. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en de stand van de wetenschap ten tijde van het handelen. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt.

5.2 *Klachtonderdeel a*

Klaagster verwijt de psychiater dat zij de diagnose van de vorige behandelende psychiaters heeft overgenomen. In replek heeft klaagster hierover aanvullend aangevoerd dat de psychiater zich baseert op stukken van ruim 40 jaar geleden. Zij meent dat haar broer door de psychiater in het hier en nu bekeken had moeten worden.

Volgens de psychiater vernam zij op 4 september 2018 dat klaagster van mening was dat een juiste diagnose ontbrak en dat zij twijfelde aan de diagnose stoornis in het bipolaire spectrum. De psychiater heeft toen aan klaagster uitgelegd dat zij geen aanleiding zag om aan de diagnose te twijfelen. Klaagsters broer was vanaf 1975 bekend in de psychiatrie vanwege meerdere, duidelijk beschreven maniforme psychoses en heeft meerdere psychiaters als behandelaar gehad. Binnen het team bestond geen twijfel aan de diagnose en reden van behandeling. Weliswaar kan er daarbij ook nog sprake zijn van ASS, maar vanuit het team bestond er geen onderzoeksvraag.

Het college kan deze uitleg van de psychiater volgen. Het advies van de psychiater E d.d. 2 september 2020 geeft geen aanleiding om aan de eerdere diagnostiek te twijfelen. Deze psychiater geeft gemotiveerd in overweging om onder strikte condities medicatie-afbouw in te zetten. Iets waar beklagde aan heeft gewerkt. Hij geeft aan dat psychosegevoeligheid en autismespectrum aan elkaar verwant zijn en dat het diagnostisch kader van autismespectrum veel te bieden heeft om klaagsters broer te begrijpen en te begeleiden. Dat beklagde op dit punt steken heeft laten vallen, heeft klaagster niet concreet gemaakt. Klachtonderdeel a is daarom ongegrond.

5.3 *Klachtonderdelen b en c*

Dit betreft de verwijten dat de psychiater niet heeft meegewerkt aan een overplaatsing naar een gespecialiseerde afdeling en dat zij het onderzoek en advies van E niet heeft opgevolgd. Vanwege de samenhang van deze klachtonderdelen, bespreekt het college deze gezamenlijk.

Volgens de psychiater geeft E in zijn brief van 2 september 2020 geen nieuwe diagnose, maar heeft deze na onderzoek slechts vastgesteld dat er kenmerken van ASS zijn.

E adviseerde om met het team van D in gesprek te gaan over mogelijke medicatieafbouw. Met deze afbouw waren de psychiater en sociaal-psychiatisch verpleegkundige zoals gezegd al bezig, met inachtneming van de door E in zijn brief benoemde punten om de kans van slagen groter te maken. Wat betreft de overplaatsing naar G heeft E aangegeven dat klaagster en haar broer het liefst een overplaatsing naar G willen en dat hem dat wellicht een geschikte plek voor verdere behandeling en begeleiding lijkt. Daarbij heeft hij volgens de psychiater verzuimd aan te geven waarom die overplaatsing geschikt zou kunnen zijn, hetgeen zij wilde verhelderen. Door hem is geen behandeling genoemd die op die afdeling voor de broer van klaagster passend zou kunnen zijn. In het team is gesproken over een overplaatsing en daarvoor werd geen indicatie gezien.

Ook deze uitleg van de psychiater wordt door het college gevolgd. Uit de decursus (en de weergave daarvan hierboven onder 2.) leidt het college af dat de afbouw van de medicatie steeds in overleg met klaagster en haar broer heeft plaatsgevonden en dat dit geleidelijk is gebeurd, telkens pas nadat duidelijk was dat klaagsters broer daar goed op reageerde en psychiatrisch stabiel was. Wat betreft de overplaatsing naar G heeft E gezegd dat dit "wellicht een geschikte plek lijkt" voor verdere begeleiding en behandeling. Een concreet advies tot overplaatsing leest het college hierin niet. Een nadere onderbouwing waarom deze afdeling geschikt zou kunnen zijn, ontbreekt

daarnaast. Dat de psychiater op basis hiervan niet akkoord is gegaan met het voorstel tot overplaatsing, acht het college dan ook niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Een gesprek met klaagster had wellicht meer duidelijkheid kunnen scheppen omtrent de onderliggende wens tot overplaatsing, maar werd door klaagster geweigerd. Het college begrijpt verder dat de psychiater op 29 september 2020 telefonisch contact had opgenomen met E om te vragen waarom overplaatsing naar G hem geschikt leek. Vanwege het overlijden van klaagsters broer heeft een en ander echter geen vervolg meer gekregen.

Ook de klachtonderdelen b en c zijn ongegrond.

5.4 *Conclusie*

De conclusie is dat de klacht in alle onderdelen kennelijk ongegrond is.

6. De beslissing

Het college verklaart de klacht kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, T.S. van der Veer en J.M.C. van Dam, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.D. Moeke, secretaris.
secretaris
voorzitter

Tegen deze beslissing kan in de volgende gevallen schriftelijk beroep worden ingesteld bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

5. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u alleen in beroep als u niet-ontvankelijk bent verklaard in de klacht of als de klacht (gedeeltelijk) ongegrond is verklaard. U kunt in dat laatste geval alleen tegen de afwijzing in beroep.

6. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.

8. Ook de bevoegde hoofdinspecteur of de regionale inspecteur van de volksgezondheid kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionale Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken na de verzending van het afschrift van de beslissing waartegen u beroep instelt.

Als u beroep instelt, moet u € 50,- griffierecht betalen aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. U ontvangt hierover bericht van het Centraal Tuchtcollege. Als u in beroep helemaal of voor een deel in het gelijk wordt gesteld, dan wordt het griffierecht aan u terugbetaald.