

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6195

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
AMSTERDAM

Beslissing van 16 juli 2024 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klaagster,
gemachtigde: mr. E.M. Diesfeldt, werkzaam in Heiloo,

tegen

C,
GZ-psycholoog,
destijds werkzaam in D,
verweerster, hierna ook: de GZ-psycholoog,
gemachtigde: mr. M.F. van der Mersch, werkzaam in Amsterdam.

1. Waar gaat de zaak over?

1.1 Klaagster is de moeder van de in september 2021 overleden E. Bij E werd na een psychose en verschillende opnames in verschillende GGZ-instellingen een ongespecificeerde bipolaire stemmingsstoornis en autisme spectrum stoornis vastgesteld. Zij werd in mei 2020 opgenomen in een instelling voor mensen met een lichtelijk verstandelijke beperking. Na de behandeling en vervolgens het ontslag volgde vanwege een zelfmoordpoging weer een tijdelijke terugplaatsing in die instelling, gevolgd door woonbegeleiding in een verwante instelling. Daar ging het steeds slechter met E en heeft zij weer een zelfmoordpoging ondernomen. Ook is zij uit de instelling weggelopen en is zij weer thuis gaan wonen. Daar ging het niet goed en zij werd weer opgenomen in de instelling. Tijdens deze laatste opname ging het nog steeds niet goed met E en zij heeft uiteindelijk zelfmoord gepleegd. Tijdens de opnames vanaf mei 2020 is zij gezien door verschillende behandelaars en begeleiders van de instelling. De klacht richt zich tegen de GZ-psycholoog die tijdens de opnames bij de zorg voor E betrokken is geweest.

1.2 Klaagster verwijt de GZ-psycholoog dat zij geen adequate zorg en begeleiding geboden heeft en na het weglopen op 16 september 2021 niet direct alarm heeft geslagen en de politie heeft ingeschakeld.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de GZ-psycholoog niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 20 september 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de e-mail van klaagster van 20 februari 2024 met meerdere bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 29 februari 2024 gehouden mondelinge vooronderzoek;
- de brief van 21 mei 2024 van de gemachtigde van klaagster met meerdere bijlagen.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 4 juni 2024. De zaak is gezamenlijk met de zaak tegen de orthopedagoog-generalist F behandeld (A2023/6193). De partijen zijn verschenen. De partijen en hun gemachtigde hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigden hebben pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 Klaagster is de moeder van E (geboren in 1988, hierna: E). E heeft haar VMBO- en MBO-opleiding afgerond en een aantal jaren gewerkt als onder andere administratief medewerkster en magazijnmedewerkster. In 2017 is E in een psychose beland, waarna ze gedurende lange tijd op verschillende plekken opgenomen is geweest, afgewisseld door verblijf bij klaagster. Door de psychiater bij G (hierna: G) is een bipolaire stoornis vastgesteld. Zij kreeg antipsychoticum Olanzapine en antidepressivum Sertraline voorgeschreven. Na enige tijd werd de Sertraline vervangen door Clomipramine. Tijdens de crisisopname van de crisisafdeling van G van juli 2018 tot oktober 2018 is onderzocht of er sprake was van autisme bij E. In november 2018 was de conclusie van de psychiater en de GZ-psycholoog van G dat er voldoende aanwijzingen waren voor een autisme spectrum stoornis naast een ongespecificeerde bipolaire stemmingsstoornis. Het verblijf bij G wordt afgewisseld met verblijf bij klaagster. Tijdens één van de opnames in H heeft E een poging tot suïcide gedaan.

3.2 Door de familie van E is op 2 september 2019 bij het I (hierna: I een second opinion aangevraagd met betrekking tot de diagnoses ongedifferentieerde bipolaire stoornis en autisme en de behandeling en medicatie. Orthopedagoog-generalist J stelde namens het I autisme vast. Door orthopedagoog-generalist F (verweerster in A2023/6193) werd een behandeling bij K voorgesteld als tijdelijke verblijfplek.

3.3 K is onderdeel van L, een instelling die ondersteuning biedt aan kinderen, jongeren en volwassenen met een (licht) verstandelijke beperking, en/of een lichamelijke beperking en/of niet-aangeboren hersenletsel. De instelling biedt ambulante begeleiding, dagbesteding, ambulante woonondersteuning en heeft een aantal woonvoorzieningen, waaronder behandelcentrum K en M. M biedt begeleiding en woonondersteuning. K is een behandelcentrum dat gespecialiseerd is in klinische behandeling, crisisopvang en tijdelijk verblijf voor mensen vanaf 18 jaar met een licht verstandelijke beperking in combinatie met psychopathologie. 3.4 E is van 6 mei 2020 tot 6 november 2020 opgenomen geweest op de gesloten afdeling van K. De regiebehandelaar tijdens deze opname is psychiater N (verweerder in zaak A2023/6194). Op 13 mei 2020 heeft E een kennismakingsgesprek en consult gehad met psychiater N. Tijdens dit consult is door psychiater N psychiatrisch onderzoek

verricht. Psychiater N heeft geadviseerd de Olanzapine af te bouwen. In de periode erna is ook de Depakine afgebouwd. Hiernaast slikte E nog Clomipramine.

3.5 Op 2 juli 2020 is E van de gesloten afdeling naar de open afdeling verhuisd. Op 15 juli 2020 en 7 oktober 2020 hebben E en de arts verstandelijk gehandicapten (arts VG) O (verweerster in zaak A2023/6192) een gesprek over medicatie gehad. Op 15 oktober 2020 heeft E een gesprek gehad met psychiater N. Op 6 november 2020 is zij uit K ontslagen. Zij verbleef vanaf deze datum bij klaagster. De ontslagbrief aan de huisarts vermeldt dat er geen depressief beeld meer werd waargenomen en dat de behandelaars geen aanwijzingen zagen voor een bipolaire stemmingsstoornis.

3.6 Op 24 november 2020 heeft E een poging tot suïcide (TS) ondernomen door een overdosis Clomipramine. Zij is die dag op de IC van een ziekenhuis behandeld, waarna zij op de crisisafdeling bij K is opgenomen voor 8 weken. Psychiater N herstart in overleg met de arts VG O de Clomipramine vooralsnog niet. Op 2 december 2020 hebben klaagster, E, de arts VG O en psychiater N overleg over de medicatie. Tijdens dit overleg wordt het incontinentieprobleem aangekaart. Op 22 januari 2021 is E uit K ontslagen en verbleef zij weer bij klaagster.

3.7 Op 13 maart 2021 is E naar M verhuisd. E kende de woonvoorziening omdat zij daar al bekend was vanwege de dagbesteding aldaar. Zij was hiervoor in januari 2021 op de wachtlijst geplaatst en er kwam een plek vrij. De contacten tussen klaagster en M verliepen ingewikkeld, waarbij klaagster het contact met M op een gegeven moment heeft verbroken.

3.8 Op 25 mei 2021 heeft E nog een TS ondernomen met een overdosis Valdispert. Opname in het ziekenhuis was niet nodig. Op 31 mei 2021 is door orthopedagoog-generalist F een suïcidetaxatie opgesteld. Deze is besproken met de arts VG O. Orthopedagoog-generalist F en de arts VG O hebben de TS beoordeeld als een impulsieve daad. Op verzoek van E is de familie niet op de hoogte gesteld van de TS.

3.9 In de periode juni-juli 2021 vinden tussen klaagster, E en de arts VG O meerdere gesprekken plaats over de medicatie en de bijwerkingen. E en klaagster geven als bijwerking incontinentie aan. Ook geeft E een angst voor trillen aan. E is bij de uroloog geweest, zonder succes. E wordt door de arts VG O doorverwezen naar de bekkenbodetherapeut. Er wordt voor haar angst-/trilklachten een afspraak gepland bij orthopedagoog-generalist F op 26 augustus 2021.

3.10 Op 17 augustus 2021 is E weggelopen bij M en weer bij klaagster gaan wonen. Op 18 augustus 2021 vindt er tussen de clustermanager van M, klaagster en E een gesprek plaats. Tijdens dit gesprek komt naar voren dat het niet goed gaat met E, dat ze last heeft van (tril)angst en niet meer naar M wil. Ook slaapt ze slecht.

3.11 Op 26 augustus 2021 heeft er een gesprek plaatsgevonden tussen orthopedagoog-generalist F, de projectleider van M, klaagster en E. De WLZ-indicatie-aanvraag is ter sprake gekomen. Ook heeft E tijdens dit gesprek aangegeven dat zij niet meer bij M wil wonen. Op 31 augustus 2021 worden de spullen van E opgehaald en verblijft E weer bij klaagster. Ook krijgt klaagster die dag te horen dat ambulante zorg niet vergoed kan worden vanuit de WMO, omdat E 24

uur per dag begeleiding en behandeling nodig heeft. Op 3 september 2021 is de WLZ-indicatie GGZ-3 door het CIZ afgegeven.

3.12 In de periode 31 augustus 2021 en 3 september 2021 vindt er tussen de dienstdoende arts/anios VG P, de begeleiding, E en klaagster meerdere keren telefooncontact plaats. De dienstdoende anios VG P heeft in overleg met orthopedagoog-generalist F contact opgenomen met E. Anios VG P stelt vast dat de spanning erg hoog is en neemt die dag contact op met het Meldpunt Acute Zorg (MAZ). Op 3 september 2021 heeft de coördinator MAZ een thuisbezoek afgelegd bij E en klaagster. Door de coördinator werd het suïciderisico laag ingeschat. Er wordt in samenspraak met klaagster en E besloten tot vrijwillige opname bij K. De coördinator heeft E naar K gebracht en mondeling overgedragen.

3.13 Op 3, 4 en 5 september 2021 vinden er verschillende gesprekken plaats tussen E en de begeleiding. E geeft aanvankelijk aan dat ze voortdurend de gedachte heeft 'dat het wel goed is zo', maar dat ze te bang is om het uit te voeren. Later geeft ze aan dat de begeleiding zich om haar geen zorgen hoeft te maken. Verder laat E weten dat ze slecht slaapt en dat ze niet bij K wil zijn.

3.14 Op 6 september 2021 is E gezien door aios VG Q. Op dat moment is de suïcidaliteit laag ingeschat.

3.15 Op 7 september 2021 heeft E een kennismakingsgesprek met de GZ-psycholoog. Tijdens dit gesprek is de toename van angst en suïcide-uitspraken naar voren gekomen. Na dit gesprek heeft de GZ-psycholoog overleg met orthopedagoog-generalist F.

3.16 Op 8 september 2021 heeft een gesprek tussen psychiater N, de aios VG Q en E plaatsgevonden. Tijdens dit gesprek komt naar voren dat ze minder last heeft van trillen, maar wel slecht slaapt. Ze maakt zich zorgen over de toekomst en over hoe het verder moet met haar. E heeft tijdens dit gesprek geen suïcidale uitspraken gedaan.

3.17 Op 9 september 2021 vindt er tussen orthopedagoog-generalist F en de GZ-psycholoog contact plaats over E en de huidige situatie.

3.18 In de periode 9 september 2021 tot en met 14 september 2021 maakt E richting de begeleiding afwisselend een gespannen en ontspannen indruk. Ze gaat naar de dagbesteding bij M.

3.19 Op 14 september 2021 heeft E samen met klaagster een gesprek gehad met de arts VG O. Tijdens dit gesprek worden de bijwerkingen van de medicatie, met name Olanzapine, besproken. Ook komt het incontinentieprobleem weer ter sprake. E geeft tijdens dit gesprek aan dat zij het bij M, bij klaagster thuis en op K niet echt leuk vindt. E geeft volgens de arts VG O geen duidelijke aanwijzingen voor psychotische belevingen of depressieve kenmerken. De dag erna hebben de arts VG O en E het ook nog gehad over anticonceptie.

3.20 Op 15 september 2021 vindt een multidisciplinair overleg (MDO) plaats. Aanwezig tijdens dit MDO zijn E, klaagster, de vader van E, de tante van E (digitaal), psychiater N, de arts VG O, de GZ-psycholoog, de coördinator van het MAZ en een cliëntbegeleider. Tijdens het overleg is besproken hoe het op dat moment met E gaat

en hoe zij het beste kan worden geholpen. Opties voor de toekomst zijn naar voren gekomen, waarbij teruggaan naar klaagster, een andere geschikte plek om begeleid te wonen dan M en M zelf als mogelijkheden zijn besproken. Er is tijdens het overleg afgesproken een gesprek bij M in te plannen om te kijken wat er mogelijk is. Er wordt een overleg met M gepland voor 23 september 2021 en een consult bij psychiater N. Klaagster heeft na het overleg per e-mail aangegeven niet bij dit overleg met M aanwezig te willen zijn.

3.21 Op 16 september 2021 is E naar de dagbesteding gegaan. Die avond, bij de medicatieronde, bleek zij niet op haar kamer te zijn. Zij is om 20.30 uur wel gezien op de groep. De begeleiding heeft contact opgenomen met de GZ-psycholoog die op dat moment de achterwacht was. In overleg met de GZ-psycholoog heeft de begeleiding contact gezocht met de vader en tante van E. Klaagster was niet bereikbaar en de voicemail werd ingesproken. In overleg met vader en tante zou de situatie nog even worden aangekeken. Ook is er via WhatsApp contact gezocht met E. De begeleiding heeft dit teruggekoppeld aan de GZ-psycholoog en zij heeft nog contact gehad met de crisismanager.

3.22 Op 17 september 2021 is er in de ochtend nog niets vernomen van E. Na contact met de GZ-psycholoog heeft de begeleiding E als vermist opgegeven. De GZ-psycholoog heeft vervolgens op verzoek van de politie onderbouwd waarom K zich zorgen maakte en heeft schriftelijk suïcide signalen beschreven. De vader van E heeft een officiële aangifte gedaan om de prioriteit te verhogen. Door de begeleiding is geprobeerd contact te zoeken via WhatsApp.

3.23 Op 18 september 2021 is E door de politie naast het spoor gevonden.

3.24 Naar aanleiding van deze gebeurtenis is er een calamiteitenonderzoek uitgevoerd. In december 2021 is het rapport uitgebracht waarin een aantal verbetermaatregelen zijn voorgesteld die met name zien op het signaleringsplan en het suïciderisico. De Raad van Bestuur van L heeft de verbetermaatregelen overgenomen. Door de instelling is melding gedaan bij de IGJ. De IGJ heeft het onderzoeksrapport ontvangen en een afsluitbrief aan de instelling verzonden.

3.25 Op 8 oktober 2021 heeft een gesprek plaatsgevonden met de familie van E, de GZ-psycholoog en twee cliëntbegeleiders.

4. De klacht en de reactie van de GZ-psycholoog

4.1 Volgens klaagster heeft de GZ-psycholoog geen adequate zorg en begeleiding gegeven, omdat zij: a) niet vooraf heeft onderzocht of E het MDO op 15 september 2021 aankon;

b) niet tijdens het MDO van 15 september 2021 aan E heeft gevraagd wat zij zelf wilde en niet heeft benoemd tijdens het MDO dat naar andere opties zou worden gekeken;

c) heeft nagelaten om op 16 september 2021 direct alarm te slaan en de politie in te schakelen.

4.2 De GZ-psycholoog stelt zich op het standpunt dat de klachten ongegrond zijn.

4.3 Het college gaat hieronder verder in op de standpunten van partijen.

5. De overwegingen van het college.

5.1 Het college stelt voorop dat het heel verdrietig is dat E is overleden. Duidelijk is dat klaagster daar nog dagelijks pijn en gemis van ondervindt.

5.2 De vraag die moet worden beantwoord is of de GZ-psycholoog de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende GZ-psycholoog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet altijd genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Klachtonderdeel a) niet onderzoeken of E het MDO van 15 september aankon

5.3 Naar aanleiding van dit klachtonderdeel heeft de GZ-psycholoog uitgelegd dat voorafgaand aan het MDO de betrokken cliëntbegeleider telefonisch met E heeft gesproken. In dat gesprek is E gevraagd of zij (deels) aanwezig wilde zijn. Vervolgens is dit gesprek teruggekoppeld aan (onder meer) de GZ-psycholoog. Er waren geen signalen dat E het MDO niet aan zou kunnen. Ook tijdens het MDO waren die signalen er niet. Dat dit alles niet klopt of anders is gelopen, is het college niet gebleken. Het klachtonderdeel is daarmee ongegrond.

Klachtonderdeel b) niet aan E vragen wat zij zelf wilde en niet benoemen van andere opties in het MDO

5.4 Uit de verslagen van het MDO is gebleken dat er verschillende opties zijn benoemd tijdens het MDO. Deze opties zijn, zo bleek ook ter zitting, besproken met E. Tijdens het MDO is ook stilgestaan bij het perspectief dat E nodig had. Van belang was dat E op korte termijn een plek zou krijgen om te wonen en waar 24-uurszorg aanwezig was. Dat bleek in M te kunnen. Ook is tijdens het MDO met E besproken of teruggaan naar klaagster zelf nog een mogelijkheid was, of naar een andere geschikte plek dan M om begeleid te wonen. De uitkomst van het MDO was dat er een gesprek bij M zou plaatsvinden om te kijken wat er mogelijk was en ook of van daaruit verder kon worden gekeken naar een mogelijk andere plek. Daarmee is de klacht dat E niet is gevraagd wat zij zelf wilde en dat andere opties onbenoemd zouden zijn gebleven, ongegrond.

Klachtonderdeel c) nalaten om op 16 september 2021 direct alarm te slaan en de politie in te schakelen

5.5 De GZ-psycholoog was achterwacht op het moment dat E werd vermist. In de avond van 16 september 2021 werd zij gebeld door de begeleiding. Tijdens de medicatieronde bleek namelijk dat E niet op haar kamer was. De GZ-psycholoog adviseerde de begeleiding direct de familie te informeren en in gezamenlijkheid te besluiten welke stappen er gezet zouden worden. De begeleiding heeft vervolgens contact gezocht met de vader en tante van E. Klaagster was niet bereikbaar en de voicemail werd ingesproken. Met de vader en tante van E is afgesproken de situatie nog even aan te kijken. Het was eerder voorgekomen dat E een nacht was weggebleven en weer terugkwam. Ook is er via WhatsApp contact gezocht met E. De begeleiding heeft dit teruggekoppeld aan de GZ-psycholoog die vervolgens contact opnam met de crisismanager. Doordat afgesproken was de situatie nog even aan te kijken is op dat moment nog geen contact opgenomen met de politie. Volgens de GZ-psycholoog was er op dat moment geen aanleiding om aan suïcide te denken, omdat tijdens het MDO van de dag ervoor de stemming van E nog aan de orde was

gekomen en er perspectieven waren voor E. Toen op 17 september 2021 niets van E is vernomen, heeft de begeleiding na contact met de GZ-psycholoog, E als vermist opgegeven. De GZ-psycholoog heeft op verzoek van de politie onderbouwd waarom K zich zorgen maakte en heeft schriftelijk suïcide signalen beschreven. De GZ-psycholoog heeft tegenover het college aangegeven dat met de kennis van nu zij het anders zou hebben gedaan, want niemand wilde deze afloop. Het college is van oordeel dat gelet op de hierboven geschetste gang van zaken, de GZ-psycholoog niet kan worden verweten nog even te hebben afgewacht en de politie nog niet te alarmeren. Ook dit klachtonderdeel slaagt niet.

5.6 In algemene zin heeft klaagster ter onderbouwing van de klachten gewezen op het calamiteitenonderzoek en de nieuwe protocollen en verbetermaatregelen naar aanleiding van de casus van E. De protocollen en verbetermaatregelen zien evenwel op de organisatie en uit het onderzoek volgt niet dat het overlijden van E aan individuen te wijten is, dus ook niet aan de GZ-psycholoog.

Slotsom

5.7 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht ongegrond zijn.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven op 4 juni 2024 door E.A. Messer, voorzitter, M.P. Sombroek van Doorm, lid-jurist, N.J. Kroon, A.T. Prinsen-Reinders en Ch. Oele, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door T.C. Brand, secretaris en in het openbaar uitgesproken op 16 juli 2024.