

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: H2022/3810

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

TE 'S-HERTOGENBOSCH

Beslissing van 6 februari 2024 op de klacht van:

[A],

en

[B],

wonende in [C],

klagers,

tegen

[D],

psychiater,

werkzaam in [E],

verweerster,

gemachtigde: mr. M.J. de Groot, werkzaam in Hilversum.

1. Waar gaat de zaak over?

1.1 De zoon van klagers is in 2017 enkele maanden onder behandeling geweest bij verweerster in verband met psychische klachten. Verweerster heeft hem toen medicatie voorgeschreven. De zoon van klagers had bij aanvang van de behandeling reeds suïcidale gedachten, die tijdens de behandeling -wisselend in sterkte- bleven bestaan. Twee jaar na de behandeling door verweerster is de zoon van klagers overleden (suïcide).

1.2 Klagers menen dat verweerster niet heeft gehandeld zoals van haar als professional verwacht mocht worden. Ze zou onder andere de verkeerde medicatie hebben voorgeschreven, onvoldoende toezicht hebben gehouden en niet hebben gehandeld toen klagers als ouders noodsignalen gaven.

1.3 Het college acht de klacht deels gegrond en legt verweerster de maatregel op van berisping. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 18 januari 2022;
- de brief d.d. 2 maart 2022 van de gemachtigde van verweerster, ontvangen op 3 maart 2022;
- de brief d.d. 5 april 2022 van de secretaris aan klagers;
- de brief d.d. 14 april 2022 van klagers, ontvangen op 21 april 2022;
- de brief d.d. 12 mei 2022 van de secretaris aan klagers;
- de brief d.d. 14 mei 2022 van klagers, ontvangen op 17 mei 2022;
- de e-mail d.d. 24 juni 2022 ontvangen van de gemachtigde van verweerster;
- de brief d.d. 11 augustus 2022 van klagers, ontvangen op 15 augustus 2022;
- de brief d.d. 21 september 2022 van de secretaris aan klagers;
- de brief d.d. 27 september 2022 van klagers, ontvangen op 29 september 2022;
- de brief d.d. 29 september 2022 van klagers, ontvangen op 3 oktober 2022;
- de brief d.d. 18 oktober 2022 van de secretaris aan klagers;
- de brief d.d. 15 december 2022 van klagers met de bijlage, ontvangen op 16 december 2022;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het aanvullend verweerschrift met de bijlage;
- de repliek;
- de dupliek;
- de brief d.d. 2 juli 2023 van klagers met de bijlagen, ontvangen op 5 juli 2023;
- de brief d.d. 20 oktober 2023 van klagers met de bijlagen, ontvangen op 24 oktober 2023;
- de e-mail d.d. 27 oktober 2023 ontvangen van de gemachtigde van verweerster.

2.2 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.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 10 november 2023. Klagers en verweerster zijn verschenen. Verweerster werd bijgestaan door haar gemachtigde. De partijen en de gemachtigde hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van verweerster heeft pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

2.4 Na de zitting hebben klagers ten aanzien van een van de leden van het college een wrakingsverzoek gedaan, dat bij beslissing van 20 december 2023 is afgewezen. Vervolgens is de uitspraakdatum in deze zaak vastgesteld op 6 februari 2024.

3. Wat is er gebeurd?

3.1 De zaak gaat over de behandeling van de zoon van klagers door verweerster. Na een doorverwijzing vanuit de huisarts is de zoon van klagers aangemeld bij een zorginstelling voor geestelijke gezondheidszorg (hierna: de instelling). Citaten uit brieven en het medisch journaal zijn hierna opgenomen inclusief voorkomende type- of spelfouten.

3.2 In de op 15 mei 2017 uitgevoerde telefonische intake bij de instelling is met betrekking tot de hulpvraag ingevuld:

“Vooral gericht op behandeling, nl. behandeling van Body Dysmorphic Disorder middels oa CGT. Pt is hier een half jaar geleden over gaan lezen en herkende het meteen. Denkt er al sinds groep 6-7 last van te hebben; indertijd mbt zijn haar, nu met zijn heupen. Soms verschuift het, waardoor hij weet ‘er klopt niets van’. De laatste 3 jaar heeft hij er toegenomen last door gekregen ook in zijn functioneren: veel vermijding door bv dragen van ‘verhullende kleding’; als dat niet kan (zoals zomer 2016 bij start nieuwe opleiding) dan veel angst. Het is erger geweest dan nu, hij dwingt zich nu om dingen te doen als uitgaan ed, maar veel stress en checken. Minder dan vroeger in spiegel kijken.

Daarnaast (ws tgv de angst) is hij somber, zij het niet dagelijks. is wel toegenomen. Ook meent hij in de afgelopen 4 maanden in toenemende mate gedachten aan zelfmoord te hebben. Denkt er wel controle op te hebben, heeft geen plannen om suicide te plegen, maar het baart hem wel zorgen. Ook meldt hij een “intense woede op alles en iedereen” waar hij soms ‘gek van wordt’.

Moeder weet dat er iets speelt maar niet wat precies. Zijn vrienden weten er evenmin van. Veel schaamte. Voor eerst dat hij hulp zoekt. (...)

3.3 Op 3 oktober 2017 vond het eerste contact plaats tussen de zoon van klagers en verweerster die toen als psychiater bij de instelling werkte. In het intakeverslag van dit consult is geschreven:

“(...)

Reden voor aanmelding bij [naam instelling]

(...) Klachten vermoedelijk passend bij BDD en toenemende somberheid en ook suïcidale klachten.

Beschrijving van klachten en problemen

Patient spreekt snel en veel. Hij vertelt dat hij gisteren het adviesgesprek bij [naam andere zorginstelling] heeft gehad. Daar moet hij echter de behandeling zelf betalen. Conclusie aldaar zou zijn: BDD, ADHD en een depressie en het advies CGT en een SSRI. Hij kon zich hierin vinden.

(...)

Hij heeft soms suïcidale gedachten, maar zou geen TS doen, heeft wel perspectief en ook vertrouwen dat de BDD, waar hij het meeste onder lijdt, nog kan verbeteren.

(...)

Huidige hulpvraag en verwachting van therapie?

Patient wil graag een SSRI proberen (...). Hiernaast staat hij ook open voor CGT.

(...)

Beschrijvende diagnose en /of probleemanalyse

Een 21-jarige jongeman met zeer waarschijnlijk ADHD van het gecombineerde type met reeds jarenlang BDD (...). Hij heeft depressieve klachten ontwikkeld, (...). Patient komt over als een drukke jongeman, passend bij ADHD. Onderliggend is er sprake van onzekerheid niet alleen tav het uiterlijk vanwege het lange pestverleden. Dat is nu nog niet belemmerend in het dagelijks leven en patiënt heeft de neiging hier ook niet te lang bij stil te willen staan. Mogelijkerwijs komt dit meer naar voren als de bovenliggende stoornis meer in remissie gaat met behandeling.

DSM 5

Morfodysfore stoornis met redelijk realiteitsbesef.

ADHD gecombineerde type.

(...)"

3.4 In een brief van verweerster aan de huisarts van 13 oktober 2017 is aangegeven dat vanaf die dag gestart wordt met Sertraline. In het behandeljournal is bij deze datum genoteerd:

"Gezien. Med gestart na voorlichting effect en bijw, sertraline. Eerste een week 25 mg, als nog veellastbijw nog een wek (zegt dat hij snel veel last heeft van bijw) en dan 50 mg in de ochtend, recetp naar apotheek gestuurd. (...) Med controle 16-11. (...)"

3.5 Vanaf 25 oktober 2017 heeft de zoon van klagers ook consulten gehad bij een psycholoog van de instelling.

3.6 In het behandeljournal is bij de datum 13 november 2017 genoteerd:

"Tel contact met [naam zoon van klagers] nav zijn tel naar secr.

Heb hem gesproken. Ging vooral over toename depressieve klachten en suïcidale gedachten na 1 maand AD innemen. Angsten zijn minder geworden maar depressie dus niet. kent zz niet meer. Dagelijks nu suïcidale gedachten, niks meer leuk vinden, nergens plezier in hebben, in bed liggen. Vraagt of dat kan agv AD. Heb hem geadviseerd dit met [naam verweerster] te bespreken. Desgevraagd nemen su:icidale gedachten toe maar hij heeft nog geen plannen gemaakt. Zit er niet ver vandaan, aldus [naam zoon van klagers] (...)."

De medewerkster van de instelling die deze notitie heeft gemaakt heeft ook een mail hierover gestuurd aan verweerster. Hierin is geschreven:

“Ik heb [naam zoon van klagers] gesproken: zie behandeljournalaal. Wil jij hem dinsdagmiddag (of di ochtend) even bellen ivm toename depressie en suïcidale gedachten agv AD denkt hij zelf. (...)”

Eerder die dag is er een mail gestuurd aan onder andere verweerster met als inhoud:

“Zojuist belde de moeder van [naam zoon van klagers] (...). Ze gaf aan dat het slecht gaat met [naam zoon van klagers], hij zakt weg, is depressief en uit zich suïcidaal. (...). Ik heb aan moeder gevraagd of ze aan [naam zoon van klagers] wilde vragen om zelf contact op te nemen (ivm privacy, hij is 21 jaar). [Naam zoon van klagers] heeft zojuist direct zelf teruggebeld en zou graag met iemand willen spreken.”

3.7 Verweerster heeft naar aanleiding hiervan gebeld met de zoon van klagers op

14 november 2017 en er is een consult gepland voor 16 november 2017. In het behandeljournalaal is hierover opgenomen:

“Gezien. Blijft moeilijk grijpbare jongen.

Stemming nu mn onverschilliger, vlakker. Hiernaast afgelopen 4 wk suïcidale gedachten/aandrang gehad. Niet gedaan omdat hij dacht dat dit van medicatie kwam. Geen afscheidsbrieven geschreven. Wel plannen gehad, maar die dus niet uitgevoerd.

(...)

We wegen af of hij door kan gaan met 50 mg sertraline of dat dit niet prettig voelt. Ik zou verwachten dat de suïcidale gedachten minder worden nu na 4 wk gebruik (en ook betere structuur overdag ivm herstart school). Stemming mi niet echt somber, meer wat vlakker dan gewoonlijk, kan door SSRI. Hij wil graag doorgaan. We spreken af dat hij dat doet, maar mocht hij toch bemerken dat er nog steeds suïcidale gedachten en aandrang is, hij de dosering halveert naar 25 mg. (...)”

3.8 Een volgend consult vond op 29 november 2017 plaats. Hierover is in het behandeljournalaal geschreven:

“(...) Sinds anderhalve week geen vlakheid of suïc gedachten meer gehad. Wil graga ophogen, merkte dat angst weer wat terugkwam en BDD gedachten. Akkoord, maar langzaam, trekt aan bel als suïcid gedachten niet meer beheersbaar wordne mochten ze terugkomen, dan terug naar 50 mg en mgl dus niet effectief med voor hem. (...)”

3.9 Op 14 december 2017 vond het laatste consult plaats tussen de zoon van klagers en verweerster. Hierover is in het behandeljournalaal geschreven:

“Gezien. Nu 2 wk 75 mg, wederom last gehad van suïcidale gedachten, maar veel milder en goed te hanteren, lijkt vandaag afwezig te zijn. Wil wel naar 100 maar stelt dit nog even uit. Zometeen vakantie en hij gedijt niet goe dbij weinig structuur (was ook bij de 50 mg zo, toen geen structuur en veel suïcidaliteit). Wschl gaar hij begin of half jan omhoog naar 100 mg, dan in feb evaluatie bij [afkorting naam opvolgend psychiater]. Hij blijft veel zoeken in de medicatie, njogmaal sbenadruk dat ook de CGT zinnig is. (...)”

3.10 De zoon van klagers is op in januari 2020 overleden als gevolg van suïcide.

4. De klacht en de reactie van verweerster

4.1 Volgens klagers heeft verweerster tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld, omdat zij:

1. onvoldoende, incomplete diagnostiek heeft verricht voor de aanvang van de behandeling;
2. ondanks de onzorgvuldige, incomplete diagnostiek direct is gestart met medicatie met een bekend aanzienlijk risico op bijwerkingen bij adolescenten/jong volwassenen;
3. onvoldoende informatie heeft gegeven aan de patiënt;
4. de patiënt onvoldoende frequent heeft gevolgd, met name in de beginfase van het gebruik van de medicatie;
5. contact met de naasten van de patiënt heeft geweigerd terwijl er een noodkreet werd gedaan over suïcidaliteit/acathisie bij de patiënt;
6. de diagnose acathisie niet heeft onderkend;
7. ondanks de klachten van de patiënt over ernstige bijwerkingen van de medicatie is doorgegaan met deze medicatie, geen andere opties met de patiënt heeft besproken en/of voorgesteld en heeft nagelaten om verder onderzoek te verrichten naar de reden van de klachten;
8. geen actie heeft ondernomen toen uit de tweede door de patiënt ingevulde vragenlijst bleek dat zijn obsessies weliswaar minder sterk aanwezig waren dan voor de start met de medicatie, maar dat de patiënt meer somber/depressief was dan voor het gebruik van de medicatie;
9. bij haar vertrek er niet voor heeft gezorgd dat de patiënt op korte termijn weer door een collega-psychiater zal worden gezien. De overdracht naar de opvolgend psychiater was onvoldoende.

4.2 Verweerster heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

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

5. De overwegingen van het college

Beoordelingskader

5.1 Uit de stukken en ter zitting is duidelijk geworden dat de klacht van klagers verband houdt met het tragische verdere verloop waarbij de zoon van klagers is komen te overlijden. Duidelijk is ook dat klagers dit gemis nog dagelijks beleven en dragen.

Klagers hebben hun klachten echter geformuleerd naar hetgeen tijdens het handelen van verweerster van haar kon worden gevraagd en door haar kon worden gekend. Dit past ook bij het toetsingskader van het college waarin geen plaats is voor

zogenoemde *hindsight bias*, de neiging om gebeurtenissen uit het verleden als voorspelbaarder te beschouwen dan ze waren. Wat het college beoordeelt, is of verweerster de zorg heeft verleend die van haar als psychiater mocht worden verwacht. De norm daarvoor is een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts. Bij die beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de arts geldende beroepsnormen en de stand van de wetenschap ten tijde van het handelen. Dat een arts beter anders had kunnen handelen is in principe niet genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt.

5.2 Voor de feiten zal het college haar oordeel veelal moeten baseren op hetgeen in het medisch dossier is genoteerd, te meer nu het verweten handelen al enige tijd in het verleden ligt en de daarbij betrokken zoon van klagers hierover niets meer kan verklaren. Daarbij merkt het college reeds op voorhand op dat de dossiervoering summier is geweest. Op verweerster als professionele zorgverlener rust met betrekking tot de behandeling van haar patiënt een dossierplicht (artikel 7:454 BW). Daar waar van verweerster bepaald handelen verwacht mocht worden en dit handelen uit het dossier of anderszins niet gestaafd kan worden, wordt ervan uitgegaan dat dergelijk handelen niet heeft plaatsgevonden.

5.3 Een en ander heeft voor de klachtonderdelen de volgende gevolgen. Daar waar dit inhoudelijk kan, worden klachtonderdelen gezamenlijk besproken.

Klachtonderdelen 1, 2 en 3.

5.4 De klachtonderdelen zien op de start van de behandeling en gaan over de diagnostiek, de start van de medicatie met bekende bijwerkingen en het geven van informatie aan de patiënt.

Uit het dossier volgt dat er op 3 oktober 2017 een intakegesprek heeft plaatsgevonden tussen de zoon van klagers en verweerster. Bij dit gesprek kon verweerster in ieder geval wél beschikken over de informatie uit de telefonische intake die op 15 mei 2017 had plaatsgevonden en níet over een eerder verslag van de andere zorginstelling waar de zoon van klagers ook een intake had gehad. Het college is van oordeel dat verweerster op basis van de (anamnestisch) verkregen informatie bij dat intakegesprek over voldoende informatie beschikte om een aanvang te kunnen maken met de behandeling zoals die vanaf 13 oktober 2017 is ingezet. Uit het verslag van de intake blijkt dat er door verweerster een differentiaal diagnose is gehanteerd en procesdiagnostiek is ingezet. Het is op basis van dit gesprek verdedigbaar dat er op dat moment nog geen uitdieping van het genoemde pesten heeft plaatsgevonden of een hetero-anamnese. Het bij de behandeling inzetten van de SSRI paste binnen de destijds geldende richtlijnen[1]. Daarbij is van bijkomend belang dat er alvorens te starten met de medicatie naast het intakegesprek ook een bespreking van de zoon van klagers binnen een multidisciplinair overleg had plaatsgevonden en er is gestart met een lage dosering van de medicatie. De klachtonderdelen 1 en 2 zijn daarmee ongegrond.

5.5 Het dossier geeft voldoende aanwijzingen dat er met de zoon van klagers ook gesproken is over de verwachtingen met betrekking tot de medicatie en de mogelijke bijwerkingen daarvan. Gelet op de precieze klachten van de zoon van klagers was het wel beter geweest als verweerster hetgeen zij aan informatie heeft verstrekt nader

had gespecificeerd of dergelijke informatie ook schriftelijk aan hem had verstrekt. Deze omissie is echter van onvoldoende gewicht om verweerster hierover een tuchtrechtelijk verwijt te kunnen maken. Ook klachtonderdeel 3 is dus ongegrond.

Klachtonderdeel 4.

5.6 Het klachtonderdeel gaat over het onvoldoende frequent volgen van de patiënt in de beginfase van de medicatie. Dit klachtonderdeel is gegrond. Tussen het starten van de medicatie en het eerstvolgende gesprek met de zoon van klagers was een periode van meer dan vier weken gelegen. In richtlijnen, waaronder de NHG standaard Angst (versie 2012), wordt vanwege het grotere risico op bijwerkingen in de beginfase van een SSRI in die fase actiever toezicht verwacht. Uit de literatuur[2] volgt dat dit nadrukkelijk ook zag op jongvolwassenen, hetgeen in de nieuwere versie van deze richtlijn in 2019 expliciet is benoemd. In het licht hiervan past het niet dat verweerster gedurende een periode van meer dan vier weken het initiatief tot het opnemen van contact bij de zoon van klagers heeft gelaten. Dit klemt te meer nu verweerster nog geen langere behandelrelatie had met de zoon van klagers en zij de medicatietrouw of pro-activiteit dus nog niet adequaat kon inschatten. Dat er gedurende die vier weken wel een eerste contact met de gz-psycholoog zou zijn, maakt dit niet anders. Toezicht op de werking en/of bijwerkingen van de medicatie is bij uitstek de eigen verantwoordelijkheid van de voorschrijvend psychiater. Dit klachtonderdeel is daarmee gegrond.

Klachtonderdeel 5.

5.7 Het klachtonderdeel gaat over de periode 13/14 november 2017 en gaat erover dat er in die fase contact is geweigerd met de naasten van de patiënt. Dit klachtonderdeel is ongegrond. Het college stelt voorop dat tuchtrecht gezien zijn aard gericht is op het individuele handelen of nalaten van de arts. Handelen of nalaten van anderen in de instelling wordt in beginsel niet aan haar toegerekend, tenzij en voor zover haar daarvan een individueel verwijt gemaakt kan worden. Uit de feiten waarover partijen het eens zijn volgt dat er geen contact geweigerd is door verweerster. Toen er gebeld werd door de moeder is zij niet te woord gestaan door verweerster noch heeft verweerster enige invloed gehad op hetgeen in dat gesprek besproken is. Hoewel het beter was geweest indien verweerster in de daaropvolgende dagen naast het contact met de zoon van klagers ook zelfstandig en actief contact zou hebben opgenomen met klagers, maakt dit het klachtonderdeel niet alsnog gegrond.

Klachtonderdeel 6.

5.8 Het klachtonderdeel gaat over het niet onderkennen van de diagnose acathisie. Dit klachtonderdeel is ongegrond. Op basis van het medisch dossier komt een minder duidelijk en ernstig beeld naar voren van de problematiek van de zoon van klagers dan in de stukken van klagers door hen is geschetst. Dat wil niet zeggen dat dat beeld van klagers zoals zij dat hebben ervaren onjuist is, maar evenmin dat het beeld zoals verweerster dat op basis van haar bevindingen in het medisch dossier heeft vastgelegd onjuist is. Het een noch het ander kan op basis van de processtukken en wat tijdens de zitting naar voren is gekomen worden vastgesteld door het college. Het college stelt wel vast dat op basis van hetgeen in het medisch

dossier is genoteerd het niet uitdrukkelijk stellen van de diagnose acathisie geen tuchtrechtelijk verwijtbaar gemiste diagnose is. Daarvan is pas sprake als de arts op basis van de haar destijds bekend zijnde informatie -zoals vastgesteld door het college- tekort is geschoten. Dat is hier niet aan de orde.

Klachtonderdelen 7 en 9.

5.9 De klachtonderdelen zien op de latere fase van de behandeling en gaan over het doorgaan met de medicatie ondanks de bijwerkingen en niet zorgen voor een voldoende overdracht. Deze klachtonderdelen zijn gegrond. Naar het oordeel van het college was er in de periode tussen 13 november 2017 (toen het eerder benoemde telefoongesprek met de moeder had plaatsgevonden) danwel 16 november 2017 (toen verweerster signalen vanuit de ouders en de zoon zelf had (door)gekregen) en 29 november 2017 aanleiding om de ingezette medicatie opnieuw te beoordelen. Immers waren er persisterende bijwerkingen in de vorm van suïcidale gedachten. Uit het dossier noch uit de bevraging ter zitting is naar voren gekomen dat verweerster in deze periode verder onderzoek heeft verricht en de mogelijkheid van een ander SSRI of andere opties dan stoppen of niet-ophogen met de zoon van klagers besproken heeft. Ook anderszins volgt uit het door verweerster gevoerde beleid geen adequate aanpak van de bijwerkingen. Zo is er onvoldoende opvolging of regie geweest. Klachtonderdeel 7 is dus gegrond.

5.10 In het verlengde hiervan is ook klachtonderdeel 9 over verweersters handelen rond de overdracht van de behandeling gegrond. Uit het dossier volgt geen overdrachtsinformatie. Wat er verder ook moge zijn van het niet meer aanwezige overdrachtsdocument dat verweerster stelt gemaakt te hebben, door de overdrachtsinformatie niet in het dossier zelf op te nemen heeft verweerster niet voldaan aan de dossierplicht die op haar rustte. Dit klemmt te meer nu zij als tijdelijk werkzame psychiater vanaf het begin reeds rekening moest houden met overdracht van dossiers aan de opvolgend psychiater. Daarbij komt dat zij, hoewel er zoals overwogen geen adequaat beleid op de persisterende bijwerkingen was ingezet, de afspraak met de opvolgend arts pas 6 weken later heeft laten plaatsvinden terwijl zij de zoon van klagers wel heeft voorzien van een (grote) hoeveelheid medicatie voor de tussenliggende periode. Het had in de rede gelegen om de controle op bijwerkingen en medicatie in kortere tijdseenheden te laten plaatsvinden en het had op de weg van verweerster gelegen dit vorm te geven of zorg te dragen voor een adequate vormgeving daarvan.

Klachtonderdeel 8.

5.11 Het klachtonderdeel verwijt verweerster dat zij geen actie heeft ondernomen toen uit de tweede door de patiënt ingevulde vragenlijst bleek dat zijn obsessies weliswaar minder sterk aanwezig waren dan voor de start met de medicatie, maar dat de patiënt meer somber/depressief was dan voor het gebruik van de medicatie. Bij gebrek aan voldoende feitelijke grondslag is dit klachtonderdeel -voorzover gehandhaafd- ongegrond.

Slotsom

5.12 Samenvattend zijn de klachtonderdelen 4, 7 en 9 gegrond. De overige klachtonderdelen zijn ongegrond.

Maatregel

5.13 Dit brengt het college tot de overweging welke maatregel passend is. De gegronde klachtonderdelen leiden deels tot dezelfde conclusie: door verweerster is onvoldoende haar professionele regierol genomen. Zowel de frequentie van de contactmomenten, als de opvolging van bijwerkingen en het algemene medicatiebeleid zijn teveel overgelaten aan het initiatief en het eigen handelen van de zoon van klagers. Hoewel shared decisionmaking een belangrijke pijler is van de gezondheidszorg laat dit onverlet dat de arts op belangrijke onderdelen hiervan wel de regie en de controle moet houden. Dit geldt te meer als er -zoals in deze casus- gewerkt wordt met jongvolwassenen. Deze op zichzelf al ernstige tekortkoming op een basaal onderdeel van goede zorg, wordt in de onderhavige zaak ernstiger door de op onderdelen uiterst summiere en ontbrekende dossiervoering, waardoor controle achteraf én continuïteit van zorg bemoeilijkt werden. Hoewel het verweten gedrag al enige tijd in het verleden ligt, maakt de ernst van de verwijten om bovenstaande redenen dat niet volstaan kan worden met een lichtere maatregel dan een berisping.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart klachtonderdelen 4, 7 en 9 gegrond;
- legt verweerster de maatregel op van berisping.

Deze beslissing is gegeven door A.H.M.J.F. Piëtte, voorzitter, T. Zuidema, lid-jurist, J. Koster, L.A.J. Stouthamer-Verschuren en A.E. van der Waal, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door I.W.M. Dirksen, secretaris, en in het openbaar uitgesproken door K.A.J.C.M. van den Berg Jeths-van Meerwijk op 6 februari 2024.