

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2023/6384

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing van 16 mei 2024 op de klacht van:

A en B,

beiden wonende in C,

klagers,

gemachtigde: mr. X.M.C.I. Wakim, advocaat te Utrecht,

tegen

D,

huisarts,

werkzaam te E,

verweerder, hierna ook: de huisarts,

gemachtigde: mr. K.S. Waldrom, werkzaam bij V.v.A.A. Rechtsbijstand te Utrecht.

1. De kern van de zaak en de beslissing

1.1 Op 5 januari 2021 is de zoon van klagers, F, op 27-jarige leeftijd door suïcide overleden. F was bekend met psychische/depressieve klachten. Verweerder was de huisarts van F. Klagers stellen dat de huisarts F in de periode voorafgaand aan de suïcide adequate hulp en medische behandeling heeft onthouden en hem ten onrechte niet heeft doorverwezen.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat de huisarts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met de bijlage(n), ontvangen op 18 oktober 2023;
- het verweerschrift met (een deel van) het medisch dossier en het verzoek ex artikel 67 lid 3 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG);
- de brief van 18 januari 2024 aan de gemachtigden van partijen met de mededeling dat dit verzoek is toegewezen.

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 5 april 2024. De partijen zijn verschenen. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. De partijen en hun gemachtigden hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van klagers heeft pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

3. De feiten

3.1 Verweerder is sinds september 1999 praktiserend huisarts. In mei 2002 heeft hij de huisartsenpraktijk in E overgenomen alwaar hij sindsdien werkzaam is. Voorafgaand aan de periode waarover de klacht gaat, had de huisarts, voor zover relevant voor de klacht, in 2013 laatstelijk contact met F gehad in het kader van een depressie. F was al jaren patiënt bij de huisarts.

3.2 Op 20 oktober 2020 heeft de ex-vriendin van F, in zijn aanwezigheid, de huisarts gebeld omdat F op die dag een zelfmoordpoging had willen doen met een mes. F had geen verwondingen. Diezelfde dag nog is een afspraak met de huisarts ingepland.

3.3 Tijdens dit consult op 20 oktober 2020 heeft de huisarts een uitgebreid gesprek met F gehad en zijn suïcidale klachten uitgevraagd. F heeft daarin aangegeven niet meer suïcidaal te zijn maar wel klachten van depressieve aard te ondervinden. F had veel spijt van zijn poging en was er enorm van geschrokken. De huisarts heeft met F afgesproken dat hij geen suïcidepoging meer zou doen. Verder heeft de huisarts F medicatie voorgeschreven in de vorm van mirtazapine en oxazepam. Afgesproken werd dat F de volgende dag weer op het spreekuur zou komen.

3.4 Op 21 oktober 2020 heeft de huisarts F opnieuw gesproken en zijn klachten uitgevraagd. Dat was wederom een uitgebreid gesprek waarin ook de zingeving in het leven ter sprake is gekomen. F gaf aan dat zijn suïcidaliteit niet meer actueel was. Er waren ook geen kenmerken of uitingen in die richting aanwezig. Afgesproken werd dat

F begeleiding van de praktijkondersteuner huisartsen voor geestelijke gezondheidszorg (hierna ook: POH-GGZ) zou krijgen. F is zowel op 22 oktober 2020 als op 29 oktober 2020 op het spreekuur bij de POH-GGZ geweest. Op 29 oktober 2020 is F verwezen naar H, specialistische GGZ. F heeft tijdens dit consult aangegeven dat hij een overbruggingscontact met de POH-GGZ niet nodig vond.

3.5 Op 4 november 2020 is F conform afspraak weer op controle bij de huisarts verschenen. Hij voelde zich duidelijk beter. F had de dag daarna een afspraak met H. De huisarts heeft wederom een lang gesprek met hem gevoerd over de toekomst en de mirtazapine is gecontinueerd.

Op 13 november 2020 ontving de huisarts een e-mail van H waarin H de huisarts adviseert F naar G te verwijzen. In de e-mail wordt benoemd dat bij H geen crisisgevoelige en/of suïcidale patiënten in behandeling worden genomen.

3.6 Over de e-mail van H is op 19 november 2020 contact tussen de POH-GGZ en F; F stond open voor verwijzing naar G. Deze verwijzing is die dag gedaan. De huisarts heeft, gezien de lange wachttijden in de GGZ, op 20 november 2020 telefonisch contact opgenomen met G om de intake van F te bespoedigen.

3.7 Op 21 december 2020 ontving de huisarts een bericht van de Spoedeisende Hulp (SEH), specialisme cardiologie, over een bezoek van F aldaar op 13 december 2020 in verband met pijn op de borst na het gebruik van cocaïne in combinatie met alcohol. Uit dit bericht bleek dat F één week daarvoor met mirtazapine was gestopt.

3.8 Op 22 december 2020 belt de huisarts wederom met G om de intake van F te bespoedigen. Er werd toegezegd dat een afspraak zou worden ingepland.

3.9 Op 30 december 2020 stond een afspraak gepland van F bij de huisarts, waarop F niet verscheen. Later die dag belde de ex-vriendin van F met zijn toestemming. Zij gaf aan dat zij zich zorgen over F maakte en dat F nog steeds wachtte op een afspraak met G. Er werd een nieuwe afspraak voor F ingepland bij de huisarts op 4 januari 2021.

3.10 Op verzoek van de huisarts heeft zijn assistente op 31 december 2020 weer met G gebeld om navraag te doen naar de afspraak voor F. Er werd geantwoord dat zij bezig waren met de planning in verband met het nieuwe jaar en dat zij op dat moment de wachttijd niet konden aangeven. Er werd verzocht de week erna terug te bellen.

3.11 Op 4 januari 2021 kwam F met zijn ex-vriendin op consult bij de huisarts. Ze gingen samen die middag allerlei activiteiten ondernemen, F had daar zin in. Zijn ex-vriendin vond dat het nu goed ging in tegenstelling tot vorige week. F voelde zich aardig, hij had nog wel een sombere ondertoon maar wachtte daarvoor op G. Hij voelde zich niet fit, maar was niet suïcidaal en had geen doodswens. De huisarts heeft hem expliciet gevraagd of hij uit het leven zou willen stappen, waarop F antwoordde dat hij dat nu niet meer wilde, maar in oktober 2020 wel had gewild. F wilde niet over het SEH bezoek met de huisarts praten. F was zelf gestopt met mirtazapine omdat het naar zijn idee niet goed werkte. Afgesproken werd om de antidepressiva te hervatten in de vorm van venlafaxine dat F in 2013 ook

voorgeschreven had gekregen en dat toen goed had geholpen. De huisarts noteerde dat het contact met F enigszins vlak was, maar dat hij goed oogcontact maakte en alert was. Voor het overige waren er psychiatrisch geen alarmsignalen. De doktersassistente belde die middag wederom naar G met het verzoek F in te plannen.

3.12 De volgende ochtend, op 5 januari 2021, is de huisarts gebeld door klager met het bericht dat klager F had gevonden in zijn badkamer alwaar hij suïcide had gepleegd. De huisarts is direct naar het huis van F gegaan en is daar tot in de middag geweest voor begeleiding van het proces en de familie. De huisarts heeft de begrafenis van F bezocht en nazorg verleend aan de nabestaanden van F, onder wie klagers.

4. De klacht en de reactie van de huisarts

4.1 Klagers verwijten de huisarts dat hij F in de periode van 20 oktober 2020 tot 5 januari 2021:

- a. onjuist heeft behandeld door onvoldoende onderzoek te doen naar de (psychische) klachten van F en deze klachten onvoldoende serieus heeft genomen door onder andere zogenaamde 'Red Flags' te negeren en daarmee F adequate hulp en medische behandeling heeft onthouden;
- b. ten onrechte niet heeft doorverwezen naar een andere beroepsbeoefenaar, te weten een spoedopname bij G of een opname bij een soortgelijke medische instelling.

4.2 De huisarts heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Daartoe voert de huisarts -kort samengevat- aan dat hij tijdens de contacten met F geen acuut psychiatrisch suïcidaal toestandsbeeld of de neiging daartoe heeft gezien. Volgens de huisarts was van een crisissituatie, op basis waarvan hij F direct had moeten insturen, geen sprake. Verder wijst de huisarts erop dat hij en/of zijn praktijk in korte tijd viermaal contact heeft opgenomen met G voor het bespoedigen van een afspraak/intake voor F.

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

5. De overwegingen van het college

5.1 Het overlijden van F is pijnlijk en het is duidelijk dat alle betrokkenen daar nog dagelijks gemis van ondervinden. Het overlijden van F heeft ook de huisarts erg aangegrepen. Zonder hier afbreuk aan te willen doen, moet het college op een zakelijke manier de vraag beantwoorden of de huisarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden.

De criteria voor de beoordeling

5.2 De vraag is of de huisarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende huisarts. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden op het moment van handelen. Of de huisarts eventueel (nog) meer had kunnen doen, is tuchtrechtelijk niet relevant. Achteraf verkregen kennis en wetenschap, evenals het verdere beloop moet buiten beschouwing worden gelaten, omdat de huisarts die kennis op het moment van zijn handelen ook niet had. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen.

Het oordeel van het college

5.3 Het college oordeelt dat de huisarts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld.

Klachtonderdeel a) onthouden adequate hulp en medische behandeling

5.4 De kern van het verweer van de huisarts is dat hij F naar eer en geweten zo zorgvuldig mogelijk heeft getracht te behandelen en dat hij geen alarmsignalen heeft gehad op grond waarvan hij acuut had moeten ingrijpen door het inschakelen van de crisisdienst en/of door een crisisopname te bewerkstelligen. Daarbij acht de huisarts van belang dat hij F al bijna twintig jaar kende en een goede relatie met hem had.

5.5 De huisarts heeft naar zijn zeggen gehandeld op basis van de door F aangegeven en door de huisarts uitgevraagde klachten en in lijn met de op dat moment geldende NHG-Standaard Depressie (april 2019). Tijdens het consult op 20 oktober 2020 gaf F aan klachten van depressieve aard te ervaren, namelijk somberheid, initiatiefloosheid, besluiteloosheid, energieverlies, moe, en slecht slapen. De huisarts heeft hier op doorgevraagd: er was geen sprake van ontremming of prikkelbaarheid of agressie. Ook heeft de huisarts expliciet gevraagd naar suïcideplannen en doodsgedachten. F ontkende dat daar nog sprake van was. De huisarts was niet bekend met een door klagers genoemde suïcidepoging in juli 2020. Tijdens het consult op 20 oktober 2020 heeft de huisarts een non-suïcide afspraak met F kunnen maken. Er waren volgens de huisarts goede afspraken met F te maken. Dit heeft zich herhaald tijdens het consult de volgende dag op 21 oktober 2020. F gaf aan wel contacten met vrienden te hebben. Tijdens dat consult heeft de huisarts een lang gesprek over zingeving met F gevoerd. Verder heeft de huisarts conform de richtlijnen F een antidepressivum, mirtazapine, en oxazepam voorgeschreven.

5.6 Op 22 oktober 2020 en 29 oktober 2020 is F gezien door de POH-GGZ voor verdere analyse in verband met de verwijzing. Deze werd op 29 oktober 2020 gedaan naar H. Een overbruggingscontact is aangeboden, maar dat vond F niet nodig. De huisarts heeft F weer ter controle gezien op 4 november 2020. Toen voelde F zich duidelijk (mentaal) beter, nam hij meer initiatief en was hij aan het denken over de toekomst.

5.7 Het bericht van de SEH over een beoordeling van F in verband met cardiale klachten, dat de huisarts op 21 december 2020 ontving, bevatte geen aanwijzingen voor actuele depressieve of suïcidale klachten. Anders dan klagers menen, is uit het gebruiken van een combinatie van een tablet oxazepam, cocaïne en alcohol geen poging tot suïcide af te leiden. De huisarts heeft dat kunnen interpreteren als middelengebruik bij het uitgaan. Toen F op

30 december 2020 niet op zijn afspraak verscheen, is er met de ex-vriendin van F contact geweest en is op korte termijn een nieuwe afspraak met F gemaakt.

5.8 De huisarts heeft F vervolgens gezien op 4 januari 2021 in het bijzijn van zijn ex-vriendin. F voelde zich toen aardig en had zin in de activiteiten die hij die middag had gepland met zijn ex-vriendin. Bij doorvragen was er sprake van een sombere ondertoon en niet fit zijn, maar niet van alarmsignalen zoals agitatie of psychotische kenmerken. F gaf aan niet suïcidaal te zijn. De huisarts vond F bij psychiatrisch onderzoek enigszins vlak, maar had goed oogcontact met F en F was alert. Ook zijn ex-vriendin gaf geen verontrustende informatie. Omdat F gestopt was met mirtazapine en dit minder goed leek te werken dan het middel dat F in het verleden voorgeschreven had gekregen, startte de huisarts met venlafaxine.

5.9 Op grond van het bovenstaande en hetgeen onder de feiten is beschreven, in onderlinge samenhang bezien, oordeelt het college dat de huisarts zich steeds betrokken heeft getoond, voldoende onderzoek heeft gedaan, F en zijn klachten serieus heeft genomen, zijn suïcidaliteit telkens heeft uitgevraagd voor een goede beoordeling van de depressieve klachten, afspraken met hem heeft gemaakt en geen "Red Flags" heeft genegeerd. De huisarts heeft F medicatie voorgeschreven en hem via POH/GGZ verwezen naar eerst H en later G voor verdere specialistische hulp, waarbij de huisarts zich heeft ingezet voor een snelle intake (zie hierna). Er waren geen aanwijzingen voor (zeer) ernstige suïcidaliteit op grond waarvan onmiddellijk ingrijpen geboden was. Er was geen sprake van een psychiatrische crisissituatie. Daarbij heeft de huisarts conform de NHG-Standaard Depressie/module suïcidaliteit tijdens ieder consult een inschatting gemaakt van de ernst van de suïcidaliteit op basis van de suïcidale toestand van F (gedachten, intenties, plannen, motieven), stress- en kwetsbaarheidsfactoren (zoals persoonskenmerken en psychologische factoren) en beschermende factoren (zoals goede sociale steun) en de mate van wilsbekwaamheid en de mate waarin F in staat geacht werd om zijn belang te overzien. De suïcide van F heeft iedereen overvallen. Van het onthouden van adequate hulp en medische behandeling is niet gebleken. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Klachtonderdeel b) ten onrechte niet doorverwijzen

5.10 F is op 29 oktober 2020 doorverwezen naar H. Toen op 13 november 2020 bleek dat deze instelling hem niet wilde behandelen en verwijzing naar G adviseerde, is F op korte termijn doorverwezen naar G. De huisarts heeft zelf of via zijn assistente in de periode van 19 november 2020 tot 5 januari 2021 viermaal naar G gebeld om een intake van F te bespoedigen. Uiteindelijk belde G F op 5 januari 2021 voor het maken van een afspraak; F was toen helaas al overleden.

5.11 De huisarts heeft F, vanaf de eerste keer dat zijn ex-vriendin op 20 oktober 2020 met een hulpvraag had gebeld, vier keer persoonlijk gezien en gesproken, hem tot tweemaal toe doorverwezen en zich ook meerdere keren ingespannen die verwijzingen vlot(ter) te laten verlopen. Voor een beroep op de crisisdienst of een crisisopname was onvoldoende indicatie omdat F, ook bij doorvragen, acute suïcidaliteit ontkende en er geen duidelijke alarmsignalen waren. Tijdens de consulten en ook op 4 januari 2021 was F zijn denken en communicatie op inhoud en vorm normaal. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Slotsom

5.12 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat de huisarts adequaat heeft gehandeld en dat de klacht in beide onderdelen ongegrond is.

Publicatie

5.13 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere (huis)artsen mogelijk iets kunnen leren van wat hiervoor onder de punten 5.4 t/m 5.11 is overwogen. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond;
- bepaalt dat deze beslissing, nadat die onherroepelijk is geworden, zonder vermelding van namen of andere herleidbare gegevens in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en ter publicatie zal worden aangeboden aan de tijdschriften Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact.

Deze beslissing is gegeven door P.A.H. Lemaire, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, A.D.J. van Empel, G.S.H. Vegt en H.M. Kole, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door

P. van der Stroom, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 16 mei 2024.

secretaris

voorzitter

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

- a. Heeft u de klacht ingediend? Dan kunt u in beroep als
 - het college u of uw klacht geheel of gedeeltelijk niet-ontvankelijk heeft verklaard, of
 - als de klacht geheel of gedeeltelijk ongegrond is verklaard.

Bij een gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring of een gedeeltelijke ongegrondverklaring kan uw beroep alleen betrekking hebben op dat deel van de beslissing.

- b. Is de klacht tegen u gericht? Dan kunt u altijd in beroep.
- c. Ook de inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd kan beroep instellen.

U moet het beroepschrift richten aan het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, maar opsturen naar de secretaris van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Zwolle. Daar moet het zijn ontvangen binnen zes weken

nadat de beslissing aan u is verstuurd.

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