

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: Z2023/6695

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

ZWOLLE

Beslissing van 24 juni 2024 op de klacht van:

**A en B,**

wonende in C,

klagers,

tegen

**D,**

*psychiater,*

destijds werkzaam te E,

verweerster, hierna ook: de psychiater,

gemachtigde: mr. R.J. Borghans.

### 1. De zaak in het kort

1.1 Klagers hebben een klacht ingediend namens hun zoon F (hierna: patiënt). Hij was al langere tijd in behandeling voor autismespectrumstoornis, syndroom van Asperger en een ernstige depressieve stoornis. Vanaf mei 2017 tot het najaar van 2017 heeft de psychiater gesprekken met patiënt gevoerd in het kader van het voorschrijven van medicatie. Op 7 juli 2018 is patiënt op 25-jarige leeftijd overleden (door suïcide).

1.2 Klagers verwijten de psychiater onder meer dat zij de klachten van patiënt onvoldoende serieus heeft genomen en teveel de nadruk heeft gelegd op groepsdeelname, niet door had mogen verwijzen naar de verpleegkundig specialist en onvoldoende intercollegiaal overleg heeft gehad.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de psychiater niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. 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 8 december 2024;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift, ontvangen op 16 april 2024;
- aanvullende stukken, te weten het Kwaliteitsstatuut G, versie januari 2018 met bijbehorende bijlagen.

2.2 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 24 mei 2024. Klagers hebben ook een klacht ingediend tegen de verpleegkundig specialist. Deze klacht, geregistreerd onder Z2023/6696, is gelijktijdig ter zitting behandeld. In beide zaken wordt afzonderlijk uitspraak gedaan. Klagers zijn verschenen. Verweerster is ook verschenen, bijgestaan door haar gemachtigde. Partijen hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van verweerster heeft pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

## 3. De feiten

3.1 Klagers zijn ouders van patiënt, geboren in 1993 en overleden in juli 2018. Wegens een suïcidepoging werd patiënt in maart 2017 opgenomen op de afdeling acute zorg van het M te H, nadat hij zich tijdens een verblijf bij zijn ouders in zijn arm had gesneden en acht tabletten lorazepam had ingenomen. Op 13 april 2017 stelde de kliniek in H een beperkt signaleringsplan op. Patiënt kwam na een intake op 22 mei 2017 bij G, locatie M C in behandeling. De psychiater sprak tot het najaar van 2017 met patiënt in het kader van voorschrijven van medicatie.

3.2 Eerder (vanaf 2014) was patiënt al elders onder behandeling geweest, onder andere vanwege dwangklachten en stemmingsklachten. In november 2015 stelde de psycholoog de diagnose autismespectrumstoornis (ASS) en het syndroom van Asperger. In maart 2016 stelde de destijds behandelend psychiater de diagnose ernstig depressieve stoornis en verwees patiënt in juli 2016 voor acute opname in verband met toenemende suïcidaliteit, onder meer door twee pogingen zich te stranguleren met een riem. Tijdens de poliklinische behandeling die daarop volgde viel op dat de stemming van patiënt sterk en snel kon omslaan als reactie op levensgebeurtenissen, maar zich ook vlot kon herstellen. Tijdens dreigende crises kon patiënt suïcidegedachten krijgen en zichzelf soms automutileren. De indruk bestond

dat dit meer op emotieregulatieproblematiek berustte dan op depressie. Daarom werd gestart met individuele emotievaardigheidstraining.

3.3 De intake van patiënt bij G locatie C werd gedaan door de klinisch psycholoog, die eerst ook regiebehandelaar werd. De psychiater stelde patiënt in op medicatie en zette de venlafaxine bij patiënt om naar nortriptyline. Op geleide van bloedspiegelbepalingen werd dit ingesteld op 100 mg per dag, later voegde de psychiater hier nog 10 mg paroxetine per dag aan toe. Het doel hierbij was dit medio april/mei 2018 afgebouwd te hebben.

3.4 Vanaf juni 2017 nam patiënt deel aan de ASS deeltijdbehandeling. In augustus 2017 stopte hij hiermee, omdat hij weer ging studeren en dit niet met elkaar gecombineerd kon worden. In augustus 2017 werd bij patiënt een psychodiagnostisch onderzoek verricht ter beoordeling van zijn cognitieve functioneren ten behoeve van advisering voor zijn studie- en beroepskeuze. Hieruit kwam naar voren dat patiënt cognitief op een gemiddeld niveau uitkwam, wat niet passend was met zijn hoogst behaalde opleidingsniveau. Er bleek sprake van een disharmonisch intelligentieprofiel. Patiënt was verbaal heel sterk, waardoor overvraging op de loer kon liggen. Uit de behandelingsrapportage van 22 september 2017 kwam naar voren dat patiënt kennis ging maken met de verpleegkundig specialist voor medische begeleiding, patiënt kon dan eventueel naar de BGGZ, wanneer hij inderdaad een vrijgevestigd psycholoog/begeleider wilde zoeken. In december 2017 besloot patiënt niet te gaan studeren om zijn prioriteit te leggen op zijn behandeling en begeleiding. Hij mailde de verpleegkundig specialist onder andere (alle citaten opgenomen inclusief eventuele taal- en spellingsfouten):

*“Als laatste vind ik ’t belangrijk om te benadrukken hoe het op dit moment met mij gaat. Het gaat hartstikke goed en ik heb het gevoel dat ik op de goede weg ben. Dit betekent echter niet dat ik me weer helemaal goed vol en naar behoren kan functioneren, dat allerminst. Ik heb nog steeds dagen waar ik me net zo kut voel als een jaar geleden. Het verschil is dat ik nu weer hoop heb en overtuigd ben dat ’t weer overgaat, maar het is dus nog steeds voor de volle 100% aanwezig.”*

Vanaf december 2017 kreeg patiënt begeleiding van een autismecoach en sinds februari 2018 startte hij bij de groep voor jongvolwassenen met ASS.

3.5 Op 13 maart 2018 was er een Multidisciplinair Overleg (MDO) waarin het behandelplan werd besproken. Onder andere werd besproken dat patiënt zich niet zo goed raad wist met zijn depressieve periodes, praten met anderen hielp daarbij wel. De thuissituatie met zijn ouders was gestabiliseerd en het contact verliep naar tevredenheid. Komende periode zou behandeling plaatsvinden binnen de groep voor jong volwassenen met ASS en thuisbegeleiding via de autismecoach. De verpleegkundig specialist continueerde medicatie en evaluatie werd gepland over een jaar.

In het dossier van patiënt werd op 20 maart 2018 een e-mail van de autismecoach opgenomen. In deze e-mail maakte de autismecoach een melding van de omschrijving die patiënt gaf van de zware depressie waar hij op dat moment in zat en dat patiënt bang was om bij de GGZ met lege handen naar huis gestuurd te worden of

dat hij niet goed werd begrepen. Hij vreesde een terugval als bijvoorbeeld een ander medicijn moet worden uitgeprobeerd.

3.6 Verder noteerde de verpleegkundig specialist op 1 mei 2018 in het dossier dat de wisselende stemmingen patiënt bleven bezighouden. Na een periode waarin zijn aanwezigheid in deze groep afnam, meldde patiënt zich half mei 2018 af voor de behandelgroep omdat hij het te druk had en niet veel toegevoegde waarde in deze behandelgroep zag.

3.7 Op 22 mei 2018 noteerde de verpleegkundig specialist dat patiënt het gesprek met zijn ouders aan zou gaan met betrekking tot het afgelopen jaar waarin hij depressief en suïcidaal is geweest. De verpleegkundig specialist noteerde met betrekking tot de somberheid dat er geen sprake van acute suïcidaliteit was. Patiënt vertelde zich onder controle te hebben. Op 18 juni 2018 staat in het rapport het volgende beschreven:

*“Stemming licht verbeterd, maar blijft onvoorspelbaar en kan hier nog geen goede manier van omgaan in vinden. Blijft vaak hangen in neg. stemming en laat hier zijn dag/dagen door bepalen. Geïndiceerde behandeling nogmaals besproken. Deeltijd kan en wil hij niet volgens vanwege geen aansluiting vinden. Voorgelegd dat beh. bij G dan richting afsluiten gaat en medicatie gecontinueerd kan worden door de huisarts. Wordt nu 4 uur per week begeleid door het PAS. Gaat hier de komende 1,5 maand over nadenken en hebben in principe begin augustus dan afsluitende contact.”*

3.8 Op 10 juli 2018 ontving de verpleegkundig specialist de melding dat patiënt zich op vrijdag 7 juli 2018 door verhangen in het bos gesuïcideerd had.

3.9 Klagers voerden vervolgens een procedure tegen G om het dossier te verkrijgen. Op verzoek van G heeft het gerechtshof I een deskundigenonderzoek gelast. Deze procedure leidde uiteindelijk tot het expertiserapport van psychiater J van 29 september 2023. Op de vraag of patiënt gelet op zijn chronische depressie in co-morbiditeit met autisme en suïcidaliteit een naar behoren behandeling heeft gekregen, gaf psychiater J het volgende antwoord:

*“Op grond van de overwegingen (...) kom ik tot de conclusie dat het professionele handelen van G gericht op de depressieve stoornis en de autismspectrumstoornis van (RTG: naam patiënt) naar behoren is geweest, maar dat het herhaaldelijke onderzoek van suïcidaal gedrag dat door de tijd heen door de behandelaars van G heeft plaatsgevonden, mijns inziens niet voldoende zorgvuldig en dus niet naar behoren is geweest.”*

3.10 Klagers dienden op 8 december 2023 deze tuchtklacht in.

#### **4. De klacht en de reactie van de psychiater**

4.1 Klagers verwijten de psychiater dat zij:

- a. de klachten van patiënt onvoldoende serieus heeft genomen en teveel de nadruk heeft gelegd op groepsbehandeling ASS. Duidelijk had moeten zijn dat groepstherapie voor patiënt niet werkte;
- b. patiënt niet had mogen doorverwijzen naar de verpleegkundig specialist als regiebehandelaar. De psychiater had een eigen verantwoordelijkheid om suïcide in te schatten en die rol heeft ze niet vervuld;
- c. ten onrechte geen intercollegiaal overleg heeft gehad;
- d. de aan haar voorbehouden handelingen ten onrechte heeft overgelaten aan de verpleegkundig specialist.

4.2 De psychiater heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren. Zij benadrukt hierbij dat zij niet de regiebehandelaar van patiënt was, en dat waar nodig overleg heeft plaatsgevonden. De klachten van patiënt zijn wel degelijk serieus genomen en dat de nadruk lag op groepsdeelname ASS is gelegen in het feit dat dit richtlijnconform is. Verder heeft er in maart 2018 een MDO en in mei 2018 een herevaluatie plaatsgevonden, hoewel de verpleegkundig specialist hiertoe niet verplicht was.

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

## 5. De overwegingen van het college

### *De criteria voor de beoordeling*

5.1 Vooraf hecht het college aan het maken van de volgende opmerking. Het college realiseert zich dat de klacht betrekking heeft op een voor klagers vreselijke gebeurtenis, het overlijden van hun zoon F. Zoals ook tijdens de zitting is besproken vraagt de taak van het college in deze een zakelijke/neutrale benadering. Dat vindt ook zijn weerslag in deze uitspraak waar met gebruikmaking van meer zakelijke termen (patiënt in plaats van F) de zaak wordt besproken. De vraag is of de psychiater de zorg heeft verleend die van haar verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende psychiater. 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) Onvoldoende serieus nemen klachten en nadruk op groepsbehandeling*

5.2 Klagers voeren, samengevat, aan dat de psychiater patiënt onvoldoende serieus heeft genomen en dat teveel de nadruk is gelegd op de groepsbehandeling ASS. Het college stelt vast dat een dergelijke behandelwijze gebruikelijk en richtlijnconform is. Dit volgt ook uit het deskundigenrapport van psychiater J. In zoverre is patiënt serieus genomen. Er zijn in ieder geval geen aanwijzingen dat de psychiater patiënt onvoldoende serieus heeft genomen. Daarbij is van belang dat de psychiater geen regiebehandelaar was. Dat was vanaf

oktober 2017 verpleegkundig specialist K (verder te noemen de verpleegkundig specialist, verweerder in zaaknummer Z2023/6696). De psychiater was betrokken bij de behandeling van patiënt in de periode van juni tot oktober 2017, meer in het bijzonder daar waar het ging om de medicatie van patiënt. Daarnaast heeft ze de intake van patiënt gedaan. Toen patiënt was ingesteld op zijn medicatie, heeft ze de medicamenteuze behandeling overgedragen aan de verpleegkundig specialist. Vanaf oktober 2017 is de psychiater niet (meer) betrokken geweest bij de behandeling van patiënt, zodat haar in die periode geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Hoewel, zoals ook ter zitting is besproken, de verslaglegging in het dossier van patiënt te wensen overliet - er zit bijvoorbeeld maar één verslag van de psychiater uit juni 2017 in het dossier - kan daarin geen tuchtrechtelijk verwijt ten aanzien van de psychiater worden gevonden, nu de verpleegkundig specialist als regiebehandelaar daarvoor vanaf oktober 2017 verantwoordelijk was. In de periode daarvoor was de klinisch psycholoog regiebehandelaar. Klachtonderdeel a) treft om die reden geen doel en is ongegrond.

*Klachtonderdelen b) en d) Doorverwijzing naar verpleegkundig specialist en ten onrechte voorbehouden handelingen overlaten aan verpleegkundig specialist*

5.3 Gelet op de onderlinge samenhang van beide klachtonderdelen zal het college deze gezamenlijk behandelen. Klagers voeren aan dat de psychiater het dossier niet had mogen overdragen aan de verpleegkundig specialist. Zij had volgens klagers de verantwoordelijkheid voor het inschatten van het suïciderisico met betrekking tot patiënt aan zich moeten houden. Uit de op de zaak betrekking hebbende stukken en hetgeen tijdens de zitting is besproken, leidt het college af dat de klinisch psycholoog aanvankelijk de regiebehandelaar was daar waar het ging om de autismespectrumstoornis van patiënt, terwijl de psychiater mede behandelaar was ten aanzien van de medicatie. De gehele behandeling is in oktober overgedragen aan de verpleegkundig specialist die daarmee de regiebehandelaar van patiënt werd en verantwoordelijk voor het geheel aan behandelingen die patiënt onderging bij G.

5.4 Deze overdracht aan de verpleegkundig specialist is, nu de verpleegkundig specialist zich bekwaam achtte, conform de destijds daarvoor geldende regelgeving (artikel 36 Wet BIG en het Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid verpleegkundig specialisten) en om die reden niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dit geldt ook voor de in klachtonderdeel d) genoemde voorbehouden handelingen. Ook deze mochten, nu de verpleegkundig specialist zich bekwaam achtte, aan hem worden overgelaten. Eerst bij een door de verpleegkundig specialist geconstateerd (actueel) suïcidegevaar had hij de psychiater moeten inschakelen. Nu patiënt de verpleegkundig specialist niet informeerde over (kennelijk) bij hem bestaande actuele suïcideplannen kan het achterwege blijven daarvan de verpleegkundig specialist en daarmee ook de psychiater niet worden verweten. Klachtonderdelen b) en d) zijn daarmee ongegrond.

*Klachtonderdeel c) Onvoldoende intercollegiaal overleg*

5.5 Klagers verwijten de psychiater in dit klachtonderdeel dat zij te weinig intercollegiaal overleg met betrekking tot patiënt heeft gevoerd. Ter zitting is besproken dat er binnen het team, zoals dat betrokken was bij de behandeling van patiënt, regelmatig intercollegiaal overleg werd en wordt gevoerd maar dat dit niet dan wel onvoldoende in het dossier werd gedocumenteerd. Dat betekent dat niet kan worden vastgesteld dat er te weinig intercollegiaal overleg is geweest. Dat het overleg onvoldoende werd gedocumenteerd leidt niet tot het oordeel dat de psychiater

vanwege de bestaande onduidelijkheid hierover alsnog een tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt. Niet zij, maar de verpleegkundig specialist, zijnde de regiebehandelaar, was namelijk verantwoordelijk voor de documentatie van deze overleggen. Klachtonderdeel c) is om die reden ongegrond.

#### *Slotsom*

5.6 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 door W.P. Claus, voorzitter, J.M.C. van Dam en H.J. Kolthof, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.H. van Ham, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 24 juni 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.