

**REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG
TE AMSTERDAM**

Het college heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 9 oktober 2014 binnengekomen klacht van:

A,
wonende te B,
k l a a g s t e r,

tegen

C,
psychiater,
BIG-inschrijfnummer: D,
werkzaam te B,
v e r w e e r s t e r,
gemachtigde mr. W.R. Kastelein, advocaat te Zwolle.

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift met de bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift met de bijlagen;
- het verweerschrift binnengekomen op 25 februari 2015, bij bijlagen;
- de brief van klaagster, ingekomen op 2 april 2015, met bijlagen,
- de correspondentie betreffende het vooronderzoek;
- het proces-verbaal van het op 22 mei 2015 gehouden verhoor in het kader van het vooronderzoek;
- de repliek met bijlagen;
- de brief van klaagster binnengekomen op 3 juni 2015, met bijlagen,
- de brief van klaagster binnengekomen op 14 juli 2015 houdende op- en aanmerkingen op het proces-verbaal van vooronderzoek, met bijlagen;
- de brief van verweerster, binnengekomen op 21 augustus 2015, houdende op- en aanmerkingen op het proces-verbaal van vooronderzoek;

- de brief van klaagster van 4 november 2015.

De klacht is ter openbare terechtzitting van 10 november 2015 behandeld.

Partijen waren aanwezig. Verweerster werd bijgestaan door mr. Kastelein voornoemd.

2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan.

2.1 Klaagster is de moeder van E (geboren januari 1982 en overleden januari 2013) en F (geboren februari 1983 en overleden januari 2015) E en F zijn respectievelijk het middelste en het jongste kind uit een gezin van drie kinderen. Zowel E als F hadden een ernstige psychiatrische stoornis. Van de zijde van vader is sprake van een belaste familieanamnese voor psychiatrische ziekten (bipolaire stoornis, depressie, mogelijk autisme). Klaagster heeft een aantal klachten ingediend tegen diverse hulpverleners van G te B in verband met de hulpverlening aan haar kinderen. In de onderhavige zaak staat het handelen van verweerster centraal. Verweerster was behandelend psychiater van E vanaf 2006 tot augustus 2010 dan wel april 2011.

Voorgeschiedenis

2.2 E is in 1998, op 16 jarige leeftijd, in verband met eetproblemen en stemmingsklachten, onder behandeling geweest bij de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het H. In 2003-2004 is E, in verband met een psychotisch toestandsbeeld, opgenomen geweest op de locatie I (onderdeel van de J te K, thans geheten G). Volgens het bericht van ontslag van 29 juli 2004 was de diagnose volgens de DSM IV op dat moment (samengevat): (As I) eetstoornis NAO en DD bipolaire stoornis, laatste episode hypomaan en (As II) persoonlijkheidsstoornis NAO met cluster B en C kenmerken en (As IV) psychosociale stress, ambivalentie rondom ouders. Medicatie bij ontslag: Remeron, Lorazepam, Zyprexa en Lithium.

2.3 In 2005 is E voor een vitale depressie behandeld door psychiater L (ook verbonden aan J/G). Hij schrijft in een brief van 27 januari 2005 (aan de huisarts) onder meer dat hij E begeleid heeft vanaf 18 maart 2004 en dat (eerst) sprake was van een depressieve stoornis met op het moment van aanmelding melancholische kenmerken. De depressie treedt mogelijk op in het kader van een bipolaire stoornis. Wat betreft de diag-

nostiek is in het begin van de begeleiding/behandeling vooral gedacht aan een bipolaire stoornis, die echter niet opknapte na gebruik van lithium. Als antidepressivum werd aanvankelijk Remeron voorgeschreven, waarbij E ook geen baat had. Naast de depressie stond de eetproblematiek centraal, waarvoor zij verwezen is naar M, een gespecialiseerd centrum voor eetstoornissen. E is in januari 2005 uitgeschreven voor behandeling, zo volgt allemaal uit de brief van 27 januari 2005.

Behandeling door verweester

2.4 Van 2006 tot augustus 2010/april 2011 is E onder behandeling geweest van verweester, als psychiater verbonden aan de N, (G). E werd behandeld in het kader van een behandelprogramma voor psychotische stoornissen. Bij haar aanmelding bleek dat sprake was van een psychiatrische voorgeschiedenis met behandelingen voor een eetstoornis (anorexia afgewisseld met boulimia), klinische opnamen in verband met psychotische episodes en depressieve klachten.

2.5 Op verzoek van verweester (en in samenspraak met de moeder van E, klagster) is een second opinion verricht door O (H). E is op 30 maart 2010 door hem en een psychiater i.o. gezien. Per brief van 9 april 2010 heeft O verslag hiervan gedaan. Hij schrijft onder meer: **Conclusie:** *Het betreft een 28-jarige vrouw met een lange voorgeschiedenis van psychiatrische klachten en een belaste familieanamnese voor stemmingsstoornissen en psychose. (...) Aangezien de psychotische klachten vooral tijdens periodes van gestoorde stemming spelen en er geen sprake is van negatieve symptomen stellen wij een bipolaire stoornis als primaire diagnose in plaats van schizo-affectieve stoornis. De eetstoornis lijkt momenteel vrijwel in remissie. (...) Patiënte beschrijft een wisselend idealiserend en devaluerend contact met behandelaars, waardoor ze regelmatig behandelingen voortijdig heeft afgebroken. (...) **Behandeladvies:** Wij hebben patiënte geadviseerd te streven naar betere medicamenteuze stabilisatie van de stemming. Hiervoor adviseren wij de volgende stappen:*

1. omzetten van olanzapine in quetiapine (tenminste 200 mg).
2. Zo mogelijk afbouw van fluoxetine.
3. Indien onvoldoende effect: toevoeging van lithium.
4. Indien onvoldoende effect: toevoeging van valproïnezuur.

2.6 Uit het medisch dossier (psychiatrie aantekeningen) volgt dat er naar aanleiding van de second opinion op 1 april 2010 telefonisch contact is geweest tussen E en verweerster. Afsproken is toen dat de medicatie gecontinueerd zou worden (in ieder geval tot aan de reeds ingeplande afspraak op 12 april 2010), dat E maximaal 2x 2,5 mg Lorazepam zou gebruiken en dat gebruik zou afbouwen bij opbouw van Seroquel. Op 9 april 2010 heeft E weer met verweerster gebeld en zij vertelde toen (huilend) dat ze direct met alle medicatie was gestopt. Verweerster heeft E gewezen op de gemaakte afspraken over de medicatie; zij moest 10mg Olanzapine in het weekend en maximaal 2x2,5 mg lorazepam per dag gebruiken. De brief van O had verweerster op dat moment nog niet ontvangen.

2.7 Op 10 april 2010 heeft E een tentamen suïcide gedaan door het slikken van een aantal tabletten Olanzapine en Pantozol en het maken van snijwonden in de linker pols; zij is toen opgenomen geweest in de N tot september 2010

2.8 In het medisch dossier is op 12 april 2010 aangetekend dat de second opinion van O was ontvangen en wat het medicatie- en behandelbeleid zou worden. Daarop is het medicatiebeleid door verweerster aangepast.

2.9 Op 7 februari 2011 is telefonisch contact geweest tussen psychiater P (Q, locatie R) en een collega van verweerster, waaruit naar voren kwam dat het niet mogelijk was om E aldaar te laten behandelen. In een brief van 14 februari 2011 van psychiater P aan eerdergenoemde collega van verweerster is onder meer het volgende opgenomen. *Patiënte komt op eigen verzoek (op 1 februari 2011 – toev. college) en het verzoek van moeder om te bezien of er alhier behandelmogelijkheden voor haar zijn. (...) Conclusie: 29-jarige vrouw met een uitgebreide psychiatrische voorgeschiedenis, bij wie uiteindelijk de diagnose bipolaire stoornis werd gesteld, waarvoor zij heden geëigende medicamenteuze behandeling krijgt. Er zijn tevens aanwijzingen in het contact die pleiten voor genoemde persoonlijkheidskenmerken. Er is sinds de laatste behandelaarwissel enige onvrede ontstaan over de setting, waarin zij terecht moet voor haar psychiatercontact. Dit vooral omdat patiënte van mening is dat het sinds de laatste opname in 2010 veel beter met haar gaat. **Beleid:** Aan patiënte en moeder werd uitgelegd dat de ziekenhuis poliklinische setting alhier zich niet leent voor een chronisch onderhoudsbehandelcontact. Beiden konden dit begrijpen. Afsproken werd dat ondergetekende aan*

de huidige behandelaar (verweerster H – toev. college) voor het voetlicht zal brengen wat de overwegingen van patiënte op dit moment zijn betreffende haar situatie en de behandelsettings. Hierbij zal ik ervoor pleiten dat de behandelaars patiënte de kans geven te bezien of het door haar gewenste contact met een vaste psychiater eenmaal per twee maanden medicatie- en lithiumspiegelcontrole haalbaar is. Hierbij geeft bij patiënte ook aan dat zij een voorkeur heeft op de polikliniek van de N te kunnen doen, aangezien zij dichtbij B woont.

Verdere verloop

2.10 Per brief van 7 juni 2011 heeft S een second opinion gegeven, op verzoek van klaagster en psychiater T (eveneens verbonden aan de N). In zijn “bespreking en advies” vermeldt hij onder meer: *1. **Diagnostisch** is er sprake van een complexe psychiatrische problematiek. Aannemende dat (...) rechtvaardigt dit in de eerste plaats de diagnose bipolaire stoornis type I. De positieve familieanamnese voor stemmingsstoornissen is daarbij een verdere onderbouwing. Er zijn echter onvoldoende aanwijzingen om de diagnose schizoaffectieve stoornis te stellen (...). Veeleer is er (tevens) sprake van een chronische dysforie, waarschijnlijk eerder samenhangend met de onderliggende persoonlijkheid. Daarin zijn vele trekken van een “borderline” dynamiek te herkennen (...). De mate en aard van de comorbide problematiek (eetstoornissen, alcoholmisbruik) passen zowel bij een bipolaire stoornis als bij een borderline persoonlijkheidsstoornis. (...) Het naast elkaar voorkomen van een uni- of bipolaire stemmingsstoornis enerzijds en een borderline persoonlijkheidsstoornis anderzijds is overigens niet zeldzaam. In de behandeling zal aan beide aspecten aandacht gegeven moeten worden, waarbij in de acute fasen de stemmingsstoornis prevaleert, en in de langdurige behandeling de persoonlijkheidsstoornis. (...) 2. **Medicamenteuze behandeling:** (...) Indien men haar problematiek beschouwt als een overlap van een bipolaire stemmingsstoornis en een borderline persoonlijkheidsstoornis, dan moet men zoeken naar medicatie die voor beide potentieel effectief is. (...) Resultaat van deze rationalisatie (van het farmacotherapeutisch beleid – toev. college) zou zijn de combinatie van lithium met lamotrigine, eventueel aangevuld met een lage dosis quetiapine of olanzapine. Benzodiazepinen zijn strikt gecontraïndiceerd. (...) 4. **Behandel-setting:** betrokkene geeft aan dat zij zich in veel behandelsettings niet thuis voelt. Het is heel goed denkbaar dat de interacties in psychiatrische settings voor haar te intens zijn, en bovendien haar toch al negatieve zelfbeeld versterken. Hoewel ik op grond van de correspondentie en het voorafgaande*

overleg met behandelaren de indruk kreeg dat er veel aandacht is besteed aan de kwaliteit van de behandelrelatie en het zoeken naar een passende setting, is er op dit moment bij betrokkene geen motivatie om de bestaande behandeling bij G voort te zetten.

2.11 Op 15 juni 2011 is het verslag van de second opinion door psychiater T ontvangen en hiervan is verslag gedaan in het medisch dossier. E was al eerder op eigen verzoek ontslagen uit de behandeling. Zij is toen verwezen naar U, afd. Stemmings- en Angststoornissen. Eind 2012 was een intake mogelijk bij U V (S). Deze intake heeft uiteindelijk nooit plaatsgevonden.

2.12 Op 23 januari 2013 heeft E zich met haar ouders gemeld bij de crisisdienst van G. Zij is toen gezien door W, SPV-er, en psychiater X (tegen beiden is een tuchtklacht ingediend). E is toen niet opgenomen en is met haar vader naar huis gegaan. E is in de nacht van 23 op 24 januari 2013 in de vrieskou de hei opgegaan en aldaar overleden.

2.13 Met betrekking tot de gang van zaken rondom de behandeling en het overlijden van E heeft klaagster een klacht ingediend bij de klachtencommissie van G, jegens verweerster en X en W. De klachtencommissie heeft op 1 oktober 2013 uitspraak gedaan.

2.14 Klaagster heeft ook een klacht ingediend bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij brief van 4 juni 2013 heeft de Inspectie onder meer aan klaagster medegedeeld dat, gezien de door klaagster en de instelling (G, zo neemt het college aan) verstrekte informatie, geen aanleiding bestaat tot nader onderzoek door de Inspectie naar structurele tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. De Inspectie heeft met de brief de melding afgesloten.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

3.1 Klaagster heeft jegens verweerster de navolgende klachten geformuleerd, die alle zien op de periode van behandeling van E van 2006-2011.

3.2 Verweerster heeft de relevante dossiers van I uit 2003-2004 niet gelezen; zij heeft (daardoor) ook de bij E aldaar gediagnosticeerde bipolaire stoornis aanvankelijk niet behandeld volgens de richtlijnen (pas in 2010 is die behandeling daarvoor gestart).

Verweerster heeft aldus verkeerde diagnoses (borderline) gesteld en verkeerde medicatie (geen lithium) voorgeschreven. Zij heeft voorts second opinions (van O van 9 april 2010, S van 7 juni 2011, Y, 2009, en psychiater P, Q, locatie R, van 14 februari 2011) en brieven van klaagster genegeerd. In het bijzonder noemt klaagster het nalaten van wisseling van medicatie na de second opinion van O.

Op 10 april 2010 heeft E een suïcide poging ondernomen en is daardoor getraumatiseerd geraakt; verweerster heeft E niet geholpen bij en/of een behandeling geboden voor het verwerken van deze suïcide poging.

3.3 Het college stelt vast dat klaagster in feite **twee kernklachten** formuleert, waarmee klaagster ter zitting akkoord kon gaan, namelijk dat:

- a. verweerster een foute diagnose heeft gesteld en (dus) foute medicatie heeft voorgeschreven; en
- b. verweerster onzorgvuldig heeft gehandeld door E na de tentamen suïcide niet goed te begeleiden.

4. Het standpunt van verweerster

4.1 Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Bij de start van de behandeling van patiënten, dus ook van E, wordt de decursus bestudeerd, vindt een gesprek plaats met de patiënt (vaak ook in aanwezigheid ouders) en wordt het hele dossier gelezen (onderzoeksverslagen, ontslagbrieven en correspondentie). Dit is gebruikelijk en noodzakelijk bij aanmelding en/of overname van een psychiatrische patiënt voor een adequaat psychiatrisch onderzoek en voor de start van de behandeling. Gezien de combinatie van psychotische kwetsbaarheid, stemmingsklachten en een belaste familieanamnese, heeft verweerster de diagnose schizoaffectieve stoornis, bipolair type vastgesteld. Deze diagnose is in 2006 door psychologisch onderzoek onderbouwd en is diverse malen met E en haar ouders besproken. De medicamenteuze behandeling heeft bestaan uit een stemmingsstabilisator (Lithium), een antipsychoticum (Olanzapine) en een antidepressivum (Fluoxetine en later Sertraline).

4.2 E is medicamenteus behandeld volgens de Richtlijn Bipolaire Stoornis van de NVvP (2008). De diagnose schizoaffectieve stoornis, bipolair type, is in maart 2010, na een second opinion van O, veranderd in bipolaire I stoornis. Na deze diagnosewijziging zijn met E en haar ouders de aanbevelingen en de medicamenteuze behandeladviezen

van O besproken. De medicatie is steeds besproken met E en haar ouders, al dan niet na een second opinion.

4.3 De tentamen suicide op 10 april 2010 kwam voor verweerster als een volkomen verrassing; zij had de dag ervoor telefonisch contact gehad met E en daarin geen aanleiding gezien tot een opname of een direct consult. Op 12 april 2010 zou E samen met haar ouders gezien worden en zou de second opinion van O besproken worden. Dat is (dus) niet gebeurd.

5. De overwegingen van het college

5.1 In het medisch dossier van E is op adequate wijze bijgehouden door de verschillende betrokken behandelaars (o.a. de overdracht, het weekoverleg en het TLP overleg) hoe de behandeling van E is verlopen en welk beleid is ingezet. Het college constateert dat in de bewuste periode niet alleen verweerster bij de behandeling was betrokken, maar ook anderen (psychiaters en verpleegkundigen).

Uit het medisch dossier en ook overigens uit de andere stukken en de stellingen van klaagster en verweerster, blijkt dat bij E sprake was van complexe psychiatrische problematiek en een belaste familieanamnese voor stemmingsstoornissen en psychoses. Uit het medisch dossier blijkt voorts dat de ontvangen second opinions (goed) zijn geregistreerd en dat de conclusies/bevindingen daarvan zijn opgenomen. Dat verweerster aldus geen kennis heeft genomen van de second opinions is feitelijk niet vast komen te staan. Uit de hiervoor weergegeven feiten onder 2.6 en 2.8 volgt genoegzaam dat verweerster na de second opinion van O afspraken heeft gemaakt voor bespreking daarvan.

5.2 Verweerster heeft verklaard dat zij, toen E bij haar onder behandeling kwam, van de psychiatrische brieven/rapportages heeft kennisgenomen; dat is ook gebruikelijk bij aanmelding van nieuwe patiënten. Het college heeft geen redenen om hieraan te twijfelen. De stelling van klaagster dat in 2004 E al was gediagnosticeerd met een bipolaire stoornis (en waarvoor Lithium had moeten worden voorgeschreven) wordt niet gedragen door de inhoud van de stukken. Volgens het bericht van ontslag van 29 juli 2004 is E volgens de DSM IV gediagnosticeerd met: (As I) eetstoornis NAO en DD bipolaire stoornis, laatste episode hypomaan en (As II) persoonlijkheidsstoornis NAO met cluster B en C kenmerken. E kreeg toen wel Lithium. Uit de daarop volgende behandeling van psychiater L, die E begeleidt heeft vanaf 18 maart 2004, blijkt dat (eerst)

sprake was van een depressieve stoornis die mogelijk optrad in het kader van een bipolaire stoornis. E knapte echter niet op na gebruik van Lithium. Naast de depressieve stoornis stond ook de eetproblematiek centraal.

5.3 Toen E in september 2006 bij verweerster onder behandeling kwam, heeft uitgebreide diagnostiek plaatsgevonden, waarbij niet alleen eigen onderzoek werd verricht maar tevens kennis werd genomen van de voorgeschiedenis (zie het medisch dossier/psychiatrie aantekening van 12 september 2006 en van 10 oktober 2006). Deze handelwijze is lege artis, immers een opvolgend behandelaar dient niet alleen af te gaan op eerdere diagnoses en behandelingen, doch dient ook eigen onderzoek te verrichten. Als differentiaaldiagnose is op 10 oktober 2006 gekozen (naast eetstoornis boulimia purgerende vastende type) voor schizoaffectieve stoornis, borderline persoonlijkheidsstoornis, bipolaire II stoornis, psychose NAO bij persoonlijkheidsproblematiek, PDD-NOS (met ?). Verweerster heeft, gezien de combinatie van psychotische kwetsbaarheid en stemmingsklachten (en de belaste familieanamnese), eerst als werkhypothese de diagnose schizoaffectieve stoornis, bipolair type gesteld. Deze diagnose werd mede door een psychologisch onderzoek onderbouwd. Deze diagnose is meerdere keren met E en haar ouders besproken, zo volgt uit het medisch dossier (zie o.a. 9 januari 2007 en 27 april 2007).

Op 16 november 2006 is door een andere psychiater gesproken over het gebruik/starten met Lithium, maar op 28 november 2006 is, in overleg met E en haar vader, besloten te stoppen met Lithium, omdat E niet gemotiveerd was voor het gebruik. Op 7 december 2006 heeft verweerster uitgebreid met E gesproken over de medicamenteuze opties. Op 15 februari 2007 is met E besproken dat de start met Lithium zou worden uitgesteld totdat er duidelijkheid zou zijn over het effect van de verhoging van Zyprexa. Op 1 maart 2007 is toch gestart met Lithium. Op 27 april 2007 is de werkhypothese met E besproken en is afgesproken om na zes maanden het gebruik van Lithium samen met haar ouders te evalueren.

Op 14 juni 2007 is E met klaagster bij verweerster op consult geweest. Het ging onveranderlijk slecht met E en zij gebruikte drie maanden Lithium zonder resultaat. In gezamenlijk overleg is toen besloten om met Lithium te stoppen (via vijf dagen halveren), maar wel Lorazepam (1x 1mg) en Olanzapine (1x 10 mg) te gebruiken. Uit de daaropvolgende aantekeningen in het medisch dossier (tot december 2007-januari 2008) blijkt dat het goed ging met E; in die periode was sprake van aanmelding bij een woon-

werkgemeenschap van Z. In april 2008 bleek sprake te zijn van een terugval en in juni 2008 is zij gestopt met de Z. Op 10 juni en 24 juni 2008 heeft verweerster uitgebreid gesproken met E en haar moeder, respectievelijk met E en haar beide ouders. Er is toen uitleg gegeven over de behandelingen tot nu toe met alle verwijzingen en de vergeefse behandelingen (failure on failure, negatieve spiraal, diagnose van schizoaffectief met eetproblemen). Op 17 juli 2008 zijn de opties van medicatie weer besproken (het ging slechter met E) en toen heeft E weer gekozen voor gebruik van Lithium. E heeft Lithium gebruikt tot medio 2009. Op 16 april 2009 is uitgebreid met E en verweerster gesproken over de verschillende probleemgebieden en de behandelopties. Er is toen ook gesproken over een second opinion door mevr. Y en de verwijzing daarvoor door verweerster (zie o.a. 27 april 2009). Bij het consult van 11 juni 2009 is door E en verweerster onder andere gesproken over de second opinion, *“die in feite het huidige beleid en medicamentenkeuzebeleid ondersteunt”*. (Het college merkt op dat verweerster dus kennis heeft genomen van deze second opinion en daarnaar gehandeld heeft.) Uit verschillende consulten daarna (ook bij andere behandelaars) is steeds in overleg met E (en verweerster) gekozen voor een bepaald medicatiebeleid. In oktober 2009 zijn verschillende intensieve gesprekken gevoerd door verweerster en E (en ook met vader en haar broer). In die gesprekken is niet alleen aandacht geweest voor de lijdensdruk van E, maar is ook weer gekeken naar de medicatie. Een soortgelijke gesprek is gevoerd op 11 januari 2010. Eind maart 2010 vond de second opinion van O plaats en op 1 april 2010 belde E om deze second opinion met verweerster te bespreken. Vervolgens is E op 9 april 2010 met de medicatie gestopt en op 10 april 2010 heeft zij een tentamen suicide gedaan (zie onder 2.6, 2.7 en 2.8).

5.4 Gezien de uitvoerige verslaglegging kan niet anders dan geconcludeerd worden dat verweerster haar behandel- en medicatiebeleid steeds heeft afgestemd met E en verweerster. Met de primaire diagnose van O, is vervolgens het medicatiebeleid aangepast/bijgesteld, maar dat wil niet zeggen dat het behandel- en medicatiebeleid daarvóór onjuist is geweest. Immers, er is steeds gezocht naar het behandelen van de klachten van E die wisselend op de voorgrond stonden. In de Richtlijn Bipolaire stoornis van de NVvP staat onder andere vermeld in hoofdstuk 3, paragraaf 4 dat de grens tussen bipolaire stoornis en psychotische stoornissen niet scherp is, en dat indien het klinisch beeld en de middellangetermijnbeloop kenmerken van beide stoornissen hebben, ook wel de diagnose schizoaffectieve stoornis, bipolair type wordt gesteld. De validiteit en be-

trouwbaarheid van deze diagnoses zijn beperkt. Voor de behandeling van deze patiënten kan deze Richtlijn gebruikt worden en daarbij zullen vaker en langduriger antipsychotica toegepast worden. De in de Richtlijn hiervoor genoemde middelen, die specifiek geregistreerd zijn voor toepassing bij de bipolaire stoornis zijn o.a. Lithium, Olanzapine en Quetiapine. Het college constateert dat genoemde middelen alle zijn voorgeschreven door verweerster (en andere behandelaren) en dat steeds, afhankelijk van de klachten en de wens van E, de medicatie is aangepast. Bij haar aanmelding in 2006 gebruikte E al Olanzapine, daarvoor was zij behandeld geweest met Lithium en verschillende antidepressiva. Uit het medisch dossier volgt dat E ook zelf koos voor Olanzapine (zie bijvoorbeeld de aantekeningen bij 22 september 2009 en 23 augustus 2010). Olanzapine is een anti-psychoticum, en heeft ook stemmingsstabiliserende effecten.

Concluderend oordeelt het college dat verweerster geen (tuchtrechtelijk) verwijt kan worden gemaakt ter zake haar behandeling van E. Uit het medisch dossier volgt het beeld van een betrokken hulpverlener die steeds het beleid met E en verweerster (en soms ook met de vader) heeft afgestemd. Zonneklaar blijkt eveneens uit het medisch dossier dat verweerster zeer betrokken is geweest bij de behandeling van haar psychiatrisch zieke dochter (en zoon) en dat ook voor haar de (lijdens)druk groot is geweest.

5.5 Het tentamen suïcide van E op 10 april 2010 kwam voor verweerster als een volslagen verrassing, zo heeft zij aangevoerd. E is toen (bij toeval, zo verklaarde klaagster ter zitting) gevonden door klaagster; E had (te) veel medicatie geslikt en haar polsen doorgesneden. Daarna is E klinisch opgenomen geweest en is verweerster niet (direct) betrokken geweest bij de behandeling van E. (De eerste aantekening in het medisch dossier is op 21 mei 2010). Uit de aantekeningen in het medisch dossier tussen 10 april en 21 mei 2010 zijn geen aanwijzingen te vinden over een mogelijk trauma bij E als gevolg van de tentamen suïcide die verweerster hadden moeten nopen tot ingrijpen. E heeft toen wel met andere behandelaren over de tentamen suïcide gesproken en uit de aantekeningen volgt wel dat het niet goed ging met E. Zij is in die periode adequaat begeleid door andere behandelaren en gezien de aantekeningen in het dossier (waarin niet vermeld staat dat sprake is van een trauma bij E als gevolg van de tentamen suïcide) was er geen aanleiding voor verweerster om over te gaan tot een traumabehandeling. Het een en ander laat natuurlijk onverlet dat het voor klaagster een persoonlijk drama moet zijn geweest om haar dochter zo te vinden.

5.6 Concluderend oordeelt het college dat verweerster geen tuchtrechtelijk verwijt kan worden gemaakt van haar behandeling van E. Mocht er al sprake zijn van enig falen van het (gehele) G zoals klaagster ook in haar stukken en ter zitting heeft verwoord, dan kan dat falen niet toegeschreven worden aan verweerster, nu bij de tuchtrechtelijke toetsing het individueel handelen van verweerster centraal staat.

Verweerster kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.

De conclusie van het voorgaande is dat de klacht (in al haar onderdelen) ongegrond is.

5.7 Nu klaagster nog voor de zitting in een televisie-uitzending (uitvoerig) verslag heeft gedaan van haar klachten en bevindingen van de psychiatrie (in het algemeen) en met betrekking tot haar dochter en zoon (in het bijzonder) zal het college, ook om redenen, aan het algemeen belang ontleend, bepalen dat de beslissing zodra zij onherroepelijk is, op na te melden wijze zal worden bekendgemaakt.

6. De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege wijst de klacht af en bepaalt voorts dat de beslissing ingevolge artikel 71 van de Wet BIG in de Nederlandse Staatscourant zal worden bekendgemaakt en aan het tijdschrift Medisch Contact ter bekendmaking zal worden aangeboden.

Aldus gewezen op 10 november 2015 door:

mr. R.A. Dozy, voorzitter,

dr. C.M. Sonnenberg, dr. J.M.C. van Dam, en D.E. de Jong, leden-arts,

mr. dr. A. Wilken, lid-jurist,

mr. A. Vogelzang, secretaris,

en in het openbaar uitgesproken ter terechtzitting van 29 december 2015 door de voorzitter in aanwezigheid van de secretaris.

w.g. R.A. Dozy, voorzitter

w.g. A. Vogelzang, secretaris