

**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,
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 bijlagen;
- het aanvullende klaagschrift met bijlagen;
- de brief van klaagster binnengekomen op 16 februari 2015, met 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 verweerder, 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 D (geboren februari 1983 en overleden januari 2015) en E (geboren januari 1982 en overleden januari 2013). D en E zijn respectievelijk het jongste en middelste kind uit een gezin van drie kinderen. Zowel D als E hadden een ernstige psychiatrische stoornis. Van de zijde van vader is sprake van een belaste familieanamnese voor psychiatrische ziekten (bipolaire stoornis, depressie, en mogelijk autistische problematiek). Klaagster heeft een aantal klachten ingediend tegen diverse hulpverleners van F 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 D van november 2011 tot en met 13 januari 2013.

Voorgeschiedenis

2.2 In 2002 en 2003 hebben er voor het eerst diverse poliklinische contacten plaatsgevonden in verband met de psychiatrische problematiek van D (depressieve klachten, vermoede PDD-NOS en een sociale fobie). In februari 2010 is D in beeld gekomen bij de crisisdienst van de G te B(thans F te B) en is een psychose NAO gediagnosticeerd. Als medicatie is onder meer gekozen voor Olanzapine. Op 27 mei 2010 is D na een tentamen suïcide (auto-intoxicatie met Olanzapine) opgenomen op de PAAZ afdeling van het H te I.

2.3 Op verzoek van psychiater (i.o.) J van het H te I heeft, in het kader van de diagnostiek, een second opinion plaatsgevonden door K. In het verslag van deze second opinion d.d. 30 augustus 2010 schrijft K onder meer: *Op 24 augustus 2010 zagen wij bovengenoemde patiënt voor een intake op de polikliniek psychiatrie, van het L. (...) Conclusie: Het betreft een 27-jarige man met een voor bipolaire stoornissen en psychose fors belaste familieanamnese die zich presenteert met inmiddels op sertraline en zuclopentixol vrijwel geheel in remissie zijnde depressieve klachten met een daarna ontstaan*

*uitgebreid nihilistisch waansysteem en stemmingscongruente imperatieve hallucinaties. (...) De lange aanloop met depressieve klachten, voorafgaand aan de huidige episode is ofwel eveneens een depressieve episode ofwel mogelijk een dysthyme stoornis die mogelijk al teruggaat naar de late kindertijd. Voor het bestaan van manieën zijn anamnestisch geen aanwijzingen. (...) **Voorlopige diagnose (DSM IV):** As I: depressieve episode, recidiverend, ernstig, met psychotische kenmerken, mogelijk pervasieve ontwikkelingsstoornis. (...) **Advies:** Met patiënt en zijn ouders werden bovenstaande bevindingen besproken. Bovendien werd besproken dat het van eminent belang is om de sertraline langdurig te blijven gebruiken; mogelijk zou de aripiprazol over enkele maanden gestaakt kunnen worden. Van onze kant benadrukten wij het belang van goede ambulante nabehandeling, enerzijds wegens het grote risico op het ontwikkelen van een manische episode – aangezien een bipolaire stoornis zich frequent manifesteert op een jonge leeftijd –, anderzijds wegens het grote belang dat gehecht dient te worden aan rehabilitatie bij deze sociaal en occupationeel gedepriveerde man. (...)*

2.4 Op 26 november 2010 is D vanuit de PAAZ afdeling van het H te I klinisch overgeplaatst naar G (thans de M van F te B) en ter overbrugging naar de thuissituatie opgenomen geweest tot 7 januari 2011. De diagnose betrof op dat moment een psychotische stoornis NAO. In de periode april-november 2011 is D wederom opgenomen geweest op de PAAZ afdeling van het H te I in verband met een depressie/psychose NAO. In november 2011 is D bij verweerster in behandeling gekomen.

Behandeling door verweerster

2.5 In de periode dat D bij verweerster in behandeling is geweest, is hij diverse malen opgenomen geweest. Van 2 januari 2012 tot 12 maart 2012 was D opgenomen in de M in verband met toegenomen suïcidaliteit en psychotische decompensatie. Van 9 april 2012 tot 16 augustus 2012 was D opgenomen in de M in verband met een manisch psychotisch beeld. Mede in verband met een (eerste) door D gedurende die opname door-gemaakte maniforme episode, betrof de door verweerster (bij)gestelde diagnose op dat moment een schizoaffectieve stoornis met psychotische en maniforme episoden. Op 24 september 2012 werd D opgenomen in de M in verband met psychotische decompensatie en suïcidaliteit.

2.6 In samenspraak met de familie is D vanuit de M in het kader van een second opinion van oktober-december 2012 opgenomen geweest in het L en aldaar geobserveerd. Daar werd de diagnose manisch depressief/bipolaire stoornis gesteld; als medicatie kreeg hij Lithium en Lexapro. In de ontslagbrief van 8 januari 2013 van N, psychiater bij het L, aan verweerder, is onder ander het volgende opgenomen: **Conclusie:** (...) *In de voorgeschiedenis is patiënt sinds 2002 bekend met depressieve klachten en was er voor het eerst sprake van psychotische symptomen in 2010 gedurende een depressieve episode. Begin 2012 is er sprake geweest van een manische episode met psychotische kenmerken. De familie anamnese is sterk belast met stemmingsstoornissen. Dit alles is mogelijk passend bij een bipolaire I stoornis. Het is retrospectief echter moeilijk om uit te maken of psychotische episodes ook tijdens een neutrale stemming optraden. Differentiaal diagnostisch zou er daarom ook sprake kunnen zijn van een schizo-affectieve stoornis van het bipolaire type. De op afdeling A2 gestarte opbouw van lithium zal verder worden voortgezet. Aangezien er sprake is van een ernstige depressieve episode zal een SSRI aan de lithium worden toegevoegd. **DSM-IV Diagnose:** As I: (...) bipolaire stoornis type I, laatste episode depressief, DD (...) Schizo-affectieve stoornis van het bipolaire type'.*

2.7 Op 10 december 2010 werd D vanuit het L heropgenomen in de M (op de open afdeling); de instelling op Lithium is aldaar gecontinueerd. Op 7 januari 2013 heeft hij zich onttrokken aan de afdeling zonder daar melding van te maken. D is in de avond aangetroffen in een parkje nadat zijn telefoonsignaal was uitgepeild door de politie. Dezelfde avond heeft de dienstdoende psychiater (i.o.) D gesproken. Hij gaf aan dat hij geen zin had in het dagprogramma en ergens een biertje wilde drinken. Hij had zich niet afgemeld omdat hij dacht dat hij daar geen toestemming voor zou krijgen. Hij ontkende op dat moment suïcidale gedachten te hebben en na telefonisch overleg met de dienstdoende psychiater is besloten dat opname op de open afdeling kon worden voortgezet. Een en ander is ook met klaagster besproken.

2.8 In de avond van 9 januari 2013 heeft D zich wederom aan de afdeling onttrokken en vond een tentamen suïcide plaats (inname GHB) als gevolg waarvan hij in coma op de IC van het H, locatie B is opgenomen. Op 15 januari 2013 werd D wederom opgenomen in de M (op de gesloten afdeling). Gedurende deze opname is zijn zus E op 24

januari 2013 overleden als gevolg van suïcide. Op 8 april 2013 werd D uit de M ontslagen.

2.9 Vanaf 13 januari 2013 is de behandeling van D overgenomen door een collega van verweerster.

Verdere verloop

2.10 Op verzoek van klaagster (en ondersteund door de behandelend psychiater op dat moment) heeft O van P te Q D op 22 augustus 2013 onderzocht en een second opinion gegeven. In het verslag daarvan schrijft hij: **Conclusie:** *Sinds de adolescentie bestaande chronische stemmingsstoornis met aanvankelijk depressieve en psychotische kenmerken, waarbij sinds 2012 voor het eerst een manische psychose is opgetreden, bij een thans 30-jarige man met een familiale belasting voor ernstige stemmingsstoornissen, en een gestagneerde ontwikkeling m.b.t. zelfstandig functioneren, relaties en werk/studie. **Classificatie volgens DSM-IV-TR:** As 1: Bipolaire I stoornis, depressief, gedeeltelijk in remissie (...). Sluit uit: schizoaffectieve stoornis, bipolaire type. (...) **Bespreking en advies:** Ik heb bij deze complexe problematiek de volgende overwegingen: (1) Wat betreft de **diagnose** is er primair sprake van een psychotische stemmingsstoornis met overwegend depressieve symptomen, maar ook een eenmalig manische psychose. Of men in dit geval moet spreken van een bipolaire stoornis, dan wel een schizoaffectieve stoornis, d.w.z. een symptomencomplex en beloop waarbij zowel affectieve symptomen (depressie en manie) als psychotische verschijnselen (hallucinaties, wanen en verwardheid) in belangrijke mate aanwezig zijn laat ik daarbij in het midden. Ik besprak met betrokkene en zijn moeder dat dit een enigszins academische vraag is, dat er een geleidelijke overgang is tussen primaire stemmingsstoornissen en primaire psychotische stoornissen, en dat het van meer belang is om klachtgericht te behandelen, dus zowel de stemmingsperioden als de psychotische verschijnselen te behandelen. Bovendien worden de psychofarmaca die met “antipsychotica” worden aangeduid veelal gebruikt voor de behandeling van ernstige stemmingsstoornissen, in combinatie met anti-depressiva en/of lithium. Overigens kon ik niet goed beoordelen of de huidige beperkingen in het functioneren vooral worden bepaald door depressieve restverschijnselen, of dat er toch ook sprake is van “negatieve” symptomatologie. Het verdere herstel zal dit moeten uitwijzen.*

2.11 Vanaf december 2013 was D niet meer in behandeling bij F te B en is de behandeling overgenomen door een psychiater van de PAAZ afdeling van het H te I. Op 11 augustus 2014 is de vader van D overleden, waarna het ook met D bergafwaarts is gegaan. Op 14 januari 2015 heeft D zichzelf het leven benomen door het innemen van gif.

2.12 Klaagster heeft een klacht ingediend bij de Klachtencommissie F en een melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) betreffende het handelen van (onder meer) verweerster. Op 4 juni 2013 heeft de IGZ verweerster bericht dat de IGZ geen aanleiding zag tot nader onderzoek naar structurele tekortkomingen in de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg. Op 1 oktober 2013 heeft de klachtencommissie een uitspraak gedaan.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

3.1 Klaagster verwijt verweerster nalatigheid en onbekwaamheid. In dat kader stelt klaagster dat verweerster bij D verkeerde diagnoses heeft gesteld ((i) schizofrenie, terwijl sprake was van depressie met melancholische kenmerken en (ii) een schizo-affectieve stoornis terwijl sprake was van een bipolaire stoornis) waardoor D ook verkeerde medicatie heeft gekregen. Antipsychotica hadden een averechts effect en door het toedienen van een grote hoeveelheid medicatie, waaronder benzodiazepinen (tot 50 mg per dag), ontstond een medicinale hangover. D had Lithium moeten krijgen en hij had behandeld moeten worden voor een bipolaire stoornis volgens de richtlijnen. Klaagster stelt voorts dat verweerster geen kennis heeft genomen van de second opinion van K d.d. 30 augustus 2010 en evenmin van de wanhopige brieven van klaagster. Tot slot stelt klaagster dat verweerster in december 2012/januari 2013 – dus rond de feestdagen – geen beleid had afgesproken waardoor D op 7 en 9 januari 2013 de open afdeling van de M kon verlaten, hetgeen heeft geleid tot een tentamen suïcide op 9 januari 2013.

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

- a. verweerster foute diagnoses heeft gesteld en (dus) foute medicatie heeft voorgeschreven; en
- b. verweerster onzorgvuldig heeft gehandeld in de periode van eind december 2012 / begin januari 2013 hetgeen uiteindelijk heeft geleid tot een tentamen suïcide op 9 januari 2013.

4. Het standpunt van verweerster

4.1 Verweerster heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden.

4.2 Op het moment dat D in november 2011 bij verweerster in behandeling kwam, gebruikte hij Olanzapine 5 mg, Aripiprazol 15 mg en Sertraline 200 mg. Daaraan heeft zij Quetiapine toegevoegd, omdat dit middel een stemmingsstabilisator is, maar ook een antidepressivum en een antipsychoticum. Olanzapine is gestaakt in verband met gewichtstoename. Dit alles heeft zij met D besproken. Het voorstel van verweerster om D in te stellen op clozapine (dat o.a. wordt voorgeschreven bij schizofrenie) is door D en klagster afgewezen in verband met vrees voor bijwerkingen en stigmatisering. Omdat D was bekend met slaapproblemen die de suïcidaliteit in korte tijd sterk konden doen toenemen, maakte hij gebruik van verschillende soorten slaapmedicatie.

4.3 Ten tijde van het ontstaan van de maniforme periode in mei 2012, gebruikte D Aripiprazol en Sertraline. De Sertraline is toen gestaakt omdat dit de ontremming in stand kan houden. In verband met de aanhoudende ontremming is vervolgens gestart met valproïnezuur (naast Quetiapine). Nadat D dit middel in verband met bijwerkingen niet langer wilde gebruiken, is gestart met (een lage dosering) zuclopentixol waarna de manische ontremming afnam.

4.4 De reden om niet te starten met lithium was omdat Quetiapine een antipsychoticum is en ook een stemmingsstabiliserende werking heeft; dit leek het best passend bij de symptomen en de voorgeschiedenis van D. Bovendien was van D bekend dat hij in het verleden suïcidepogingen deed met medicatie. Een suïcidepoging met Lithium kan ernstige nierschade veroorzaken en zelfs dodelijk zijn. Dit maakte dat verweerster terughoudend is geweest met het starten van Lithium. Daarnaast was bekend dat D zijn medicatie wisselend innam; bij het gebruik van Lithium is strikt gebruik echter noodzakelijk, met regelmatige bloedspiegelcontroles. Tijdens de opname binnen het L in oktober 2012 is D ingesteld op Lithium. Na terugkomst bij de M is dit gecontinueerd.

4.5 Verweerster betwist dat zij de second opinion van K niet zou hebben gelezen. Toen zij behandelaar werd van D heeft zij het medisch dossier doorgenomen. Verweer-

ster heeft de brieven van klaagster ontvangen en deze zijn ook toegevoegd aan het dossier. Daarnaast hebben er gedurende de behandeling zeer regelmatig gesprekken plaatsgevonden met D, de sturend behandelaar, de psychiater en de ouders. Tijdens deze gesprekken is er steeds ruimte geweest om het behandelbeleid te bespreken.

4.6 D maakte bij heropname op 10 december 2012 vanuit het L in de M een alertere indruk en hij gaf aan graag naar huis te willen. Er was echter nog steeds sprake van passiviteit en een passende dag invulling ontbrak.

4.7 Van een gebrek aan continuïteit ten aanzien van de zorg voor D rondom de feestdagen van 2012-2013 was geen sprake. D werd regelmatig gesproken door verpleging en sturend behandelaar en het medicatiebeleid van het L is in die periode voortgezet. De feestdagen heeft D thuis doorgebracht, hetgeen volgens de familie redelijk goed zou zijn verlopen.

4.8 In de avond van 7 januari 2013 – nadat D zich had onttrokken aan de afdeling en door de politie was teruggebracht – is D beoordeeld door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige en de dienstdoende psychiater in opleiding. Na telefonisch overleg met de dienstdoende psychiater (een waarnemend collega van verweerster) is toen besloten dat opname op de open afdeling verantwoord was. Dit is ook met de ouders besproken.

4.9 In het multidisciplinaire overleg op dinsdag 8 januari 2013 – waar verweerster bij aanwezig was – is besloten dat D die dag nogmaals zou worden beoordeeld door zijn sturend behandelaar (een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige) en de psychiater in opleiding. D maakte in dat gesprek goed contact. Er was sprake van een helder bewustzijn. Er was geen sprake van wanen dan wel hallucinaties. Evenmin was sprake van een evident verminderde stemming. D ontkende suïcidaal te zijn. Daarop is in overleg met verweerster besloten dat het toezicht door de verpleging zou worden geïntensiveerd, maar dat opname op de open afdeling kon worden voortgezet. Desondanks deed D de volgende dag een ernstige suïcidepoging. Achteraf gezien hadden de signalen wellicht anders geïnterpreteerd kunnen worden, maar dit betekent niet dat verweerster verwijtbaar heeft gehandeld.

5. De overwegingen van het college

Foute diagnose en foute medicatie

5.1 Het college stelt voorop dat bij D sprake was van complexe psychiatrische problematiek. Naast depressieve klachten, deden zich psychotische klachten voor – waaronder uitgebreide (auditieve) hallucinaties – en waren er manische symptomen. Daarbij was sprake van negatieve symptomatologie (inactiviteit) en was sprake van (toenemende) suïcidaliteit. Deze klachten waren wisselend aanwezig, ook wat betreft welke van deze klachten op de voorgrond stonden. Bovendien was er sprake van een belaste familieanamnese voor stemmingsstoornissen en psychoses. Voorts stelt het college vast dat in het medisch dossier van D door de verschillende behandelaars – waaronder verweerster – adequaat is bijgehouden hoe de behandeling van D is verlopen en welk beleid is ingezet (inclusief medicatie). Het college constateert dat gedurende de periode dat D bij verweerster in behandeling is geweest er naast verweerster eveneens anderen (psychiaters en verpleegkundigen) bij de behandeling van D betrokken zijn geweest.

5.2 Met betrekking tot het stellen van een diagnose en het bepalen van de behandeling, is verweerster uitgegaan van de klachten en symptomen die (op dat moment) bij D op de voorgrond stonden. Het college heeft daarop geen aanmerkingen. Op het moment dat D in november 2011 bij verweerster in behandeling kwam, was de (werk)diagnose depressie/psychose NAO. Verweerster heeft in die periode ook de diagnose schizofrenie overwogen. Het college vindt deze overwegingen – met name gelet op de aanwezigheid van stemmen en wanen (en de inhoud van deze wanen), alsmede de negatieve symptomatologie – goed verdedigbaar. Bovendien reageerde D goed op antipsychotica.

5.3 Verweerster heeft geen specifiek diagnostisch onderzoek naar schizofrenie gedaan (en evenmin naar PDD). Verweerster heeft ook overwogen psychologisch onderzoek te laten verrichten, zo verklaarde zij ter zitting, maar dat is uiteindelijk niet gebeurd. Het college acht het een en ander niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. In de periode dat D bij verweerster in behandeling was hebben er meerdere (acute) problemen voorgedaan, hetgeen ook blijkt uit de vele en lange periodes waarin D destijds opgenomen is geweest, en zag verweerster een afname in zijn algehele functioneren (toenemende inactiviteit). Verweerster heeft zich in de behandeling van D op goede gronden in eerste instantie voornamelijk gericht op het stabiliseren van D en het verminderen van zijn suïcidaliteit, en daarnaast eveneens op rehabilitatie, met als doel D een toekomstperspectief te kunnen bieden.

5.4 De door D ervaren pijnklachten heeft verweerster niet afzonderlijk behandeld. Bij lichamelijk onderzoek werd geen oorzaak of verklaring voor deze klachten gevonden. De pijnklachten waren stemmingsafhankelijk en verweerster heeft deze klachten daarom altijd beschouwd als onderdeel van de psychiatrische symptomatologie. Ook op dit punt kan verweerster geen onzorgvuldig handelen worden verweten.

5.5 Tijdens een opname in de M deed zich bij D in mei 2012 voor het eerst een duidelijk periode van manische ontremming voor. In verband daarmee heeft verweerster de diagnose bijgesteld naar een schizoaffectieve stoornis van het bipolaire type. Ook deze overweging komt het college begrijpelijk voor. Het enkele feit dat in het kader van de second opinion in het L een aantal maanden later de diagnose bipolaire stoornis type I werd gesteld, leidt er niet toe dat de diagnostische overwegingen van verweerster in mei 2012 achteraf gezien (dus) onjuist zijn geweest. In dat kader is ook van belang dat in de ontslagbrief van het L aan verweerster van 8 januari 2013 een schizoaffectieve stoornis van het bipolaire type nog steeds wordt genoemd als differentiaal diagnose (DD). Het college wijst verder op de second opinion van O van 22 augustus 2013 (zie hiervoor onder 2.10), waarin hij in het midden laat of er bij D sprake is van een bipolaire stoornis of een schizoaffectieve stoornis. O zet helder uiteen dat dit een enigszins academische vraag is, er een geleidelijke overgang is tussen primaire stemmingsstoornissen en primaire psychotische stoornissen, en dat het meer van belang is om klachtgericht te behandelen. Het college stelt vast dat verweerster altijd uit is gegaan van een dergelijke klachtgerichte behandeling en dat zij dit op zorgvuldige wijze heeft gedaan. Gelet op de wisselende klachten en de complexiteit daarvan, heeft verweerster juiste en passende medicatie voorgeschreven. Bovendien is het medicatiebeleid steeds met D – en vaak ook met zijn ouders – besproken. Ook de medicatie van D ten tijde van de gestelde medicinale hangover in oktober 2012, bestaande uit Quetiapine, Zuclopentixol, Flurazepam, Temazepam en Lorazepam, acht het college bij een complex psychiatrisch toestandbeeld als het onderhavige, niet ongebruikelijk.

5.6 Bij een evidente bipolaire stoornis verdient behandeling met Lithium in principe de voorkeur. Bij D was echter sprake van een complex psychiatrisch toestandbeeld dat zich niet eenvoudig liet duiden. Bovendien vereist behandeling met Lithium – mede gelet op het risico op intoxicatie met blijvende schade tot gevolg – een grote mate van

medicatierouw en regelmatige bloedspiegelcontroles. Gelet op de complexe diagnostiek, een eerder tentamen suïcide met medicatie en het wisselende medicatiegebruik bij D, acht het college het goed voorstelbaar dat verweerster in de periode van manische ontremming in 2012 in eerste instantie is begonnen met behandeling met valproïnezuur (naast Quetiapine), hetgeen een goede tweede keus is bij een (mogelijke) bipolaire stoornis, en dat zij vervolgens is overgegaan op Zuclopentixol bij het optreden van bijwerkingen bij het gebruik van valproïnezuur.

5.7 Na de heropname vanuit het L in de M op 10 december 2012, heeft verweerster de in het L gestelde diagnose bipolaire stoornis overgenomen en het door het L ingezet te medicatiebeleid (met o.a. Lithium) voortgezet. Daarna is D nog ongeveer een maand bij verweerster in behandeling geweest (de behandeling is nadien overgenomen door een collega van verweerster). D heeft in die periode geen specifieke op bipolaire problematiek gerichte therapieën gevolgd (deze worden op de M wel aangeboden). De reden hiervoor was dat D in die periode (te) instabiel was en hij bovendien zelf duidelijk aangaf met rust gelaten te willen worden.

5.8 Het is het college niet gebleken dat verweerster geen of niet tijdig kennis zou hebben genomen van de second opinion van K d.d. 30 augustus 2010 en de wanhopige brieven van klaagster, althans dat haar in dit opzicht enig tuchtrechtelijk verwijt zou kunnen worden gemaakt.

Onzorgvuldig handelen december 2012/januari 2013

5.9 De heropname op 10 december 2012 vanuit het L in de M fungeerde feitelijk als tussenstap in het kader van terugkeer naar huis. De behandeling was voornamelijk gericht op het verminderen van passiviteit en het vinden van een passende daginvulling. In dat kader is het college van oordeel dat opname op de open afdeling van de M – met de daarbij behorende vrijheden – voor de hand liggend was en derhalve niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

5.10 Klaagster heeft haar stelling dat verweerster onvoldoende zorg zou hebben gedragen voor de continuïteit van zorg rondom de feestdagen van 2012/2013 verder niet onderbouwd. Het college heeft in het medisch dossier van D ook geen aanknopingspunten gevonden voor de juistheid van deze stelling. D is gedurende de kerstdagen en de

jaarwisseling op verlof thuis geweest en gedurende de rest van deze periode heeft er regelmatig contact met de verpleging en de sturend behandelaar plaatsgevonden. Daarnaast heeft verweerster het door het L ingezette (medicatie)beleid in die periode voortgezet.

5.11 Met betrekking tot de gang van zaken rondom de beoordeling van D na zijn verdwijning op 7 januari 2013, overweegt het college volgende. Vaststaat dat verweerster niet betrokken is geweest bij de beoordeling van D na zijn terugkeer in de M in de avond van 7 januari 2013; verweerster was niet aanwezig en zij had geen dienst. Reeds daarom kan haar ten aanzien daarvan geen verwijt worden gemaakt.

5.12 De volgende dag, op 8 januari 2013, is de situatie besproken in het multidisciplinair overleg waarbij verweerster als behandelend psychiater van D aanwezig was. In dat overleg is afgesproken dat D die dag nogmaals zou worden beoordeeld door zijn sturend behandelaar – een sociaal psychiatrisch verpleegkundige – en de psychiater in opleiding (die zich op dat moment in het laatste jaar van zijn opleiding bevond en reeds een half jaar op de afdeling werkzaam was). Verweerster heeft ter zitting nader toegelicht dat zij met de psychiater in opleiding heeft voorbesproken waar bij de beoordeling van D specifiek op moest worden gelet. Na het gesprek met D hebben de sturend behandelaar en de psychiater in opleiding mondeling verslag aan verweerster uitgebracht. D had verklaard dat hij de M even zat was en geen zin had in het dagprogramma. Hij maakte goed contact en er was sprake van een helder en adequaat bewustzijn, aldus verweerster. Er was weliswaar sprake van een verlaagde stemming, maar D was niet evident depressief. Hij ontkende suïcidaal te zijn en er werden geen aanwijzingen gevonden voor actuele suïcidale ideaties. Er was derhalve geen verandering in het psychiatrisch toestandbeeld ten opzichte van de vorige avond. Na deze terugkoppeling is in overleg besloten dat opname op de open afdeling kon worden voortgezet. Omdat men echter wel op zijn hoede was, werd het verpleegkundig toezicht geïntensiveerd.

5.13 Het college stelt voorop dat het in psychiatrische opleidingsinstellingen gebruikelijk is dat patiënten in eerste instantie worden (mee)beoordeeld door psychiaters in opleiding. In dit geval werd D beoordeeld door een psychiater in opleiding die zich in het laatste jaar van zijn opleiding bevond en die D bovendien goed kende. Onder deze omstandigheden mocht verweerster deze beoordeling aan hem (en de sturend behande-

laar van D) overlaten. Psychiaters in opleiding behoren zeker in het laatste jaar van hun opleiding grotendeels zelfstandig te werk te gaan. Verweerster heeft desgevraagd ter zitting aangegeven dat in die periode geen sprake was van extreme werkdruk o.i.d. en dat zij D dus wel had kunnen zien als zij dit na overleg met de psychiater in opleiding nog nodig zou hebben gevonden. Verweerster twijfelde echter niet aan de bevindingen van de psychiater in opleiding en zag derhalve geen reden D zelf nog te zien. In dat kader is nog van belang dat verweerster de ervaring had dat D over het algemeen vrij open was over zijn suïcidaliteit. Het college acht de beslissing van verweerster om te varen op de beoordeling van de psychiater in opleiding al met al goed verdedigbaar en ziet geen bedenkingen ten aanzien van haar handelen. Met betrekking tot de gang van zaken rondom de verdwijningen en het tentamen suïcide van B op 7 en 9 januari 2013 kan verweerster geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

5.14 De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in al haar onderdelen ongegrond is. Mocht er al sprake zijn van enig falen van het (gehele) GGZ-systeem, 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.

5.15 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) 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,

14/341

dr. C.M. Sonnenberg, dr. J.M.C. van Dam, en J. van Asma, 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