

uitspraak tuchtcollege

Slechte organisatie ook verantwoordelijkheid van arts

Weer een tuchtzaak die draait om verantwoordelijkheid en regie. Ditmaal speelt de zaak in de ggz, waar een verpleegkundige en een psychiater worden aangeklaagd door de moeder van een patiënt die zelfmoord heeft gepleegd. Zij vindt dat de behandelaars haar zoon hadden moeten opnemen, in plaats van op de deeltijdbehandeling te laten komen.

De verpleegkundige – die in een aparte zaak een waarschuwing kreeg – was de hoofdbehandelaar, de arts de ‘eindverantwoordelijke psychiater’. Volgens de KNMG-handreiking ‘verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg’ staat ‘hoofdbehandelaar’ gelijk aan ‘zorgverlener op wie de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid rust’. Maar wat die termen inhouden in deze instelling, is niet duidelijk voor het Centraal Tuchtcollege. Wel blijkt dat geen van beiden deel uitmaakten van de groep behandelaars op de deeltijd, en dat er geen duidelijke afspraken waren gemaakt over wanneer overleg met de psychiater nodig was. Dat ligt voor een deel aan de organisatie binnen de instelling, maar dat pleit de psychiater niet vrij, vindt het college. Zij is medeverantwoordelijk voor de onduidelijkheid over haar eigen rol. Ze krijgt dan ook een waarschuwing.

Op papier is dat een helder signaal, maar wat betekent deze uitspraak voor de praktijk? Mopperen op onmogelijke oekazes van onnodige managementlagen die niets begrijpen van de werkvloer, is niet voldoende. U mag geen genoegen nemen met situaties die de patiëntenzorg onveiliger maken. Veel succes en vooral sterkte daarbij. Zeker in de ggz, waar momenteel de klappen vallen.

Sophie Broersen, arts
prof.mr. Aart Hendriks

**Centraal Tuchtcollege voor de
Gezondheidszorg**
(ingekort door redactie MC)

Beslissing in de zaak onder nummer C2011.088 van: A, (...), tegen C, psychiater (...)

1. Verloop van de procedure (...)

De zaak is in hoger beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd behandeld met de zaak van A tegen D, verpleegkundige (C2011.089) ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 17 januari 2012 (...)

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Het Centraal Tuchtcollege gaat voor de beoordeling van het hoger beroep uit van de volgende feiten.

3.1 De zoon van klagster, E (verder te noemen: E of de patiënt), heeft zijn hele leven bij klagster in huis gewoond. Hij is begin 2008 gedurende één week opgenomen geweest op de afdeling somatiek en psychiatrie van de F. Patiënt bleek een man met hypochondere wanen. Hij imponeerde als minder begaafd waarbij afwezigheid van wederkerigheid in het contact opviel. Er werd gedacht aan een autistische stoornis met waanachtige gedachten aangaande zijn lichamelijke klachten.

3.2 Op 7 december 2008 meldde de patiënt zich bij de HAP van het G-ziekenhuis. De HAP heeft patiënt diezelfde dag aangemeld bij de crisisdienst met de vraag het suïcidegevaar in te schatten. De crisisdienst heeft de patiënt toen gezien en stelde vast dat het om een depressieve man ging die door middel van automutilatie uit het leven wilde stappen. Uit het

verslag van de crisisdienst blijkt dat patiënt niet als direct suïcidaal werd ingeschat. Er werd deeltijdbehandeling geadviseerd.

3.3 Op 8 december 2008 heeft een intakegesprek voor deeltijdbehandeling plaatsgevonden. Met de patiënt was toen nauwelijks contact te maken. D is bij die gelegenheid als hoofdbehandelaar aan patiënt toegewezen. Vanaf 8 december kwam patiënt 's morgens en 's middags in deeltijdbehandeling. Gedurende die behandeling kwam het voor dat patiënt soms naar huis werd gestuurd om zich te verbinden en schone kleren aan te doen als hij zich moedwillig had gesneden en onder het bloed zat. Vervolgens keerde patiënt weer terug naar de dagbehandeling.

3.4 De behandelaars van de deeltijd bestonden/bestaan uit sociotherapeuten, vaktherapeuten en een psychiater van de deeltijdbehandeling. Zowel D als hoofdbehandelaar als de psychiater C behoort niet tot deze groep behandelaars.

D is naar eigen zeggen nooit op de deeltijd aanwezig. Hij heeft, eveneens naar eigen zeggen, geen inzage in het behandelplan van de deeltijdbehandeling. D is niet bij alle maar wel bij een aantal besprekingen van de deeltijdbehandelaars betreffende de patiënt aanwezig geweest.

3.5 De psychiater C noemt zich met betrekking tot de behandeling van patiënt ‘eindverantwoordelijk psychiater’. Zij heeft patiënt op 11 december 2008 gezien. Hij gaf toen, kort gezegd, aan dat hij niet wilde leven met de leegte die hij ervoer. Van het onderzoek dat de psychiater op 11 december bij patiënt heeft gedaan, bevindt zich een verslag bij de stukken van het geding. C heeft de diagnose depressie gesteld en medicatie voorgeschreven. Zij heeft ‘doorgesproken’ welke ‘lijnen’ gevolgd moesten worden. Ze heeft niet aangegeven bij welke signalen ze ingeschakeld wilde worden. Ze heeft patiënt na 11 december 2008 niet meer gezien. Met betrekking tot de positie die C innam ten aanzien van de behandeling van patiënt heeft D bij het regionaal

tuchtcollege verklaard, onweersproken, dat C als eindverantwoordelijk psychiater 'de spin in het web' is.

3.6 Op 17 december 2008 vond een behandelbespreking plaats van het team van de deeltijdbehandeling. D was bij deze bespreking aanwezig. Bij die bespreking kwam aan de orde dat patiënt van bepaalde onderdelen van de behandeling onrustig werd. Over zijn voorgeschiedenis was weinig bekend. Over de laatste maanden was alleen bekend dat hij depressief was en vreemd en angstig gedrag vertoonde. Besloten werd dat D een heteroanamnese-gesprek zou plannen met klaagster. Dat gesprek werd gepland voor 31 december, veertien dagen later.

3.7 In het 'Behandelplan Stabilisatiegroep d.d. 17-12-2008' is het volgende weergegeven.

'Hij (patiënt) maakt een afwezige, depressieve indruk en er lijkt ook sprake te zijn van persoonlijkheidsproblematiek. Hij heeft inmiddels antidepressiva gekregen en de vraag is hoe hij daarop gaat reageren. Hij automuteert en door zijn regressieve opstelling dwingt hij ook aandacht en zorg af. Dit speelt ook thuis naar zijn moeder. Deze moet binnenkort een keer gezien worden.'

3.8 Op 22 december 2008 heeft klaagster contact opgenomen met de deeltijdafdeling omdat ze zich om een aantal redenen zorgen maakte om haar zoon; patiënt was verward, hij wilde op enig moment rattengif gaan eten en op een ander moment is hij naar de spoorbaan gelopen en door een tweetal verpleegkundigen weer naar huis gebracht. Na telefonisch contact van een sociotherapeut van de deeltijdbehandeling met klaagster en patiënt is afgesproken dat hij, patiënt, de volgende dag een gesprek zou hebben met de sociotherapeut.

3.9 De sociotherapeut heeft over dit gesprek en zijn bevindingen geen contact opgenomen met D en/of C. Er waren tussen D en/of C enerzijds en de behandelaars van de deeltijd, onder wie de sociotherapeut, anderzijds geen specifieke afspraken gemaakt over de vraag wanneer er

contact opgenomen diende te worden met de hoofdbehandelaar D en/of de 'eindverantwoordelijk' psychiater C. D heeft aangegeven dat hij door de sociotherapeut 'graag' op de hoogte zou zijn gesteld van diens bevindingen/gesprek met patiënt en diens moeder. Daarnaast heeft D aangegeven dat hijzelf en C afhankelijk zijn van de inschattingen van de sociotherapeuten.

3.10 De patiënt heeft zich een dag na het gesprek met de sociotherapeut, op 23 december 2008, gesuïcideerd.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 Klaagster verwijt D en C dat zij haar zoon E op de dagbehandeling hebben laten komen in plaats van hem op te nemen. Ook telkens als hij onder het bloed zat nadat hij zich had verwond of aangaf dat hij dood wilde of rattengif wilde eten, heeft niemand iets gedaan.

Tegen de weergave van de klacht zoals geformuleerd door het regionaal tuchtcollege is geen bezwaar gericht. Weliswaar heeft klaagster haar klacht in hoger beroep iets anders geformuleerd, doch het Centraal Tuchtcollege gaat uit van de klacht zoals die in de beslissing van het regionaal tuchtcollege is weergegeven. De klacht betreft de behandeling van patiënt in brede zin.

4.2 De psychiater heeft in hoger beroep verweer gevoerd. Zij concludeert – zakelijk weergegeven – tot niet-ontvankelijkverklaring van klaagster in haar klachten althans tot afwijzing van de klachten als ongegrond.

4.3 Het regionaal tuchtcollege heeft de klacht tegen de psychiater afgewezen.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege oordeelt als volgt.

C fungeerde met betrekking tot de behandeling van de patiënt als 'eindverantwoordelijk psychiater'. Wat de precieze inhoud is van het takenpakket van de 'eindverantwoordelijk psychiater', althans wat 'eindverantwoordelijk' inhoudt, is het Centraal Tuchtcollege niet duidelijk geworden. De hoofdbehandelaar D heeft in

dit verband verklaard dat C 'de spin in het web' was.

Naar het Centraal Tuchtcollege voorkomt, zou de hoofdbehandelaar evenwel de spin in het web moeten zijn.

Wat hiervan ook zij, kennelijk bestond er ook binnen de organisatie onduidelijkheid omtrent de positie en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar en die van de eindverantwoordelijk psychiater. Voor het bestaan en voortbestaan van deze onduidelijkheid met betrekking tot haar eigen positie is C, als zorgverlenend professional, medeverantwoordelijk. Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband, dienen duidelijke afspraken te maken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Aan het maken van duidelijke afspraken heeft het aan de zijde van C ontbroken.

4.5 De verantwoordelijkheid die de psychiater naar eigen zeggen had met betrekking tot risicotaxatie en medicatie heeft zij met alleen een – overigens correct uitgevoerd – eenmalig consult en verslag op 11 december 2008 naar de mening van het Centraal Tuchtcollege onvoldoende ingevuld. De psychiater dient erop toe te zien dat de behandeling en de risico's daarbij regelmatig en systematisch geëvalueerd worden. In deze zaak is niets gebleken van het bestaan van een adequaat signaleringsplan, althans is niet gebleken dat C duidelijke afspraken heeft gemaakt met de behandelaars van de deeltijd en/of de hoofdbehandelaar D wanneer en bij welke omstandigheden C geïnformeerd moest worden omtrent de situatie van de patiënt. Zonder zodanige afspraken kon C immers haar verantwoordelijkheid met betrekking tot een regelmatige en systematische evaluatie van het suïciderisico aan de zijde van patiënt niet waarmaken.

Weliswaar heeft C naar voren gebracht dat er na 11 december geen contact meer met haar is opgenomen

Vrije tarieven

De Tweede Kamer heeft voor het reces demissionair minister Schippers gevraagd het experiment met de vrije tandartstarieven onmiddellijk te stoppen.

Het was ook geen geslaagd initiatief. In plaats van de gehoopte (of met enig tromgeroffel beloofde) kostenbesparing en tariefdaling gebeurde het tegenovergestelde: de tarieven en de kosten stegen, en mensen stapten niet massaal over op een goedkope tandarts. Zie je wel, de zorg is geen markt, smaalden de tegenstanders. Mensen hechten aan een vertrouwde (tand)arts, liefst ook dichtbij. Het zou me niet verbazen als er nog twee andere oorzakelijke factoren zijn aan te wijzen voor het falen van de proef met de vrije tandartstarieven.

De eerste factor is iets wat ik gekscheurend wel eens de eerste wet van Brand noem: als je het mensen makkelijk maakt om veel geld te verdienen, zullen ze het altijd doen. Dus als je mensen de mogelijkheid biedt om voor hetzelfde werk méér geld te vragen, kun je het ze niet kwalijk nemen als ze die kans grijpen. Dat zouden de meeste artsen ook doen, vermoed ik.

Het tweede fenomeen heet zelfoverschatting. Als artsen de kwaliteit van hun eigen werk moeten inschatten, dan vindt de grote meerderheid zichzelf bekwaam en beter dan het gemiddelde van de vakbroeders en -zusters. Mathematisch kan dat natuurlijk niet, toch wordt dit in onderzoek consequent gevonden: gemiddeld genomen overschatten dokters hun eigen competentie. Dit zal onder tandartsen niet anders zijn. Je kunt het die tandartsen dan niet kwalijk nemen dat zij vinden dat hun werk een hoger tarief rechtvaardigt dan wat gemiddeld in het land wordt uitgekeerd. Want dat is in hun ogen immers hun verdiende loon.

Marktwerving in de zorg wordt dus niet alleen bemoeilijkt door patiënten met hun specifieke grillen, maar ook door de menselijke eigenaardigheden van (tand-)artsen. Ik hoop dat de houdbaarheidsdatum van wat we hiervan kunnen leren zich uitstrekt tot na 12 september.

Paul Brand,
kinderarts

/veldwerk

en dat het algemeen beleid is dat er overleg met haar gepleegd moet worden 'bij verandering in suïcidaal gedrag of gedachten', maar dit betoog kan haar niet baten, want is niet alleen onvoldoende specifiek maar miskent dat het nu juist haar eigen taak en verantwoordelijkheid is aan te geven wanneer en waarover zij geïnformeerd dient te worden, rekening houdend met de specifieke omstandigheden van een patiënt.

4.6 Ook de dossiervoering in deze zaak is onder de maat. Zij bevat, zoals het regionaal tuchtcollege heeft overwogen, geen systematische verslaglegging van de voortgang van de deeltijdbehandeling, maar slechts een enkele incidentele aantekening. Dit betekent onder meer dat C, zo zij heeft moeten bemerken, geen informatie uit het dossier heeft kunnen halen die haar in staat stelde tot een regelmatige en systematische beoordeling van het verloop van de behandeling.

4.7 Het Centraal Tuchtcollege deelt overigens de opvatting van de klachtencommissie van de F, welke als haar indruk te kennen heeft gegeven dat de mate van face-to-facecontact tussen de cliënt en de psychiater minimaal is in de gekozen constructie en dat deze indirecte betrokkenheid het gevaar in zich bergt dat de behandelaar onvoldoende op de hoogte blijft van actuele ontwikkelingen in het ziektebeeld van een cliënt en de mogelijke risico's die daarmee kunnen samenhangen.

4.8 Het voorgaande betekent dat het Centraal Tuchtcollege van oordeel is dat C in haar verantwoordelijkheid als 'eindverantwoordelijk psychiater' is tekortgeschoten. Dat is haar tuchtrechtelijk aan te rekenen. Het Centraal Tuchtcollege onderkent dat C door de wijze van organisatie binnen de instelling mogelijkwerijs in een situatie is gebracht waarin zij haar verplichtingen als verantwoordelijk psychiater niet altijd goed kon nakomen. In zoverre ligt er ook een deel van de verwijtbaarheid bij de organisatie, althans bij diegenen die voor de organisatie verantwoordelijk

zijn. Daarnaast ligt er ook een deel van de verwijtbaarheid bij de hoofdbehandelaar, zoals blijkt uit de in de zaak C2011.089 genomen beslissing. Dat neemt niet weg dat iedere professionele verantwoordelijkheid draagt voor zijn eigen handelen of nalaten. Het Centraal Tuchtcollege acht na te noemen maatregel op zijn plaats.

4.9 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal de beslissing op na te melden wijze bekend worden gemaakt

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- vernietigt de bestreden beslissing; en opnieuw rechtdoende; verklaart de klacht alsnog gegrond zoals hierboven omschreven;

- legt de psychiater de maatregel van waarschuwing op; bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie, Medisch Contact, PSY, het tijdschrift voor de Psychiater en TvZ, Tijdschrift voor verpleegkunde, met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mr. M. Wiglevan en mr. L.F. Gerretsen-Visser, leden-juristen en drs. A.C.L. Allertz en drs. M. Drost, leden-beroepsgenoten; mr. H.J. Lutgert, secretaris en uitgesproken ter openbare zitting van 17 april 2012.