



NIET -  
ONTVANKELIJK

ONGEGROND/  
AFGEWEZEN

## Basisarts krijgt te veel verantwoordelijkheid

Een basisarts komt te werken in een instelling waar mensen begeleid wonen. Er is geen arts verstandelijk gehandicapten in dienst, wel hebben de patiënten een eigen huisarts. De basisarts komt – niet geheel verwonderlijk – in aanraking met behoorlijk ingewikkelde problematiek. Zoals een jonge cliënte, met tal van problemen, die zich suïcidaal uit. De basisarts schiet bij de zorg voor deze vrouw flink tekort, vindt de tuchtrechter. Ze komt weg met een waarschuwing, omdat de tuchtrechter oog heeft voor de onmogelijke positie waarin zij zich bevond. Zonder supervisie zorg dragen voor een grote groep patiënten, en met onhelde-

re afspraken over wie waar verantwoordelijk voor is. Daar ben je als arts zelf bij, kun je dan zeggen, of zoals het tuchtcollege het zegt: je moet zelf grenzen stellen.

We weten het niet vanaf het papier, maar het zou zo maar eens om een jonge collega kunnen gaan, aan het begin van haar carrière. Alsof je dan precies weet waar je aan begint met zo'n baan. En je bent misschien wat te veel geneigd om aan te nemen dat het normaal is wat mensen van je vragen. Laat dit een les zijn voor jonge dokters: wees je altijd bewust van de grenzen van je eigen kennis en kunde, en bewaak deze grenzen actief. Maak

goede afspraken en weiger in elk geval zonder supervisie te werken. Zeker als je te maken krijgt met ingewikkelde problematiek, waar ervaring en kennis van zowel psychiatrie als somatiek, organisatie van de zorg en wetgeving hard nodig is. Denk aan werk in de psychiatrie, de gehandicaptenzorg, en de sociale geneeskunde. En leidinggevers of andere ervaren artsen die signaleren dat een jonge dokter te veel op zijn of haar bordje krijgt: neem ook verantwoordelijkheid!

**Sophie Broersen**, arts niet-praktiserend/  
journalist

**Robinetta de Roode**, adviseur gezondheidsrecht

### **Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag d.d. 7 februari 2017** (ingekort door redactie Medisch Contact)

Het college heeft de volgende beslissing gegeven inzake de klacht van A, wonende te B, hierna: klaagster, moeder en gemachtigde van C, verblijvende te D, hierna: patiënte, tegen E, arts, (voorheen) werkzaam in D, verweerster, gemachtigde mr. E. Bregonje, werkzaam te Terneuzen.

## 01

### **Het verloop van de procedure**

(...)

## 02

### **De feiten**

**2.1** Patiënte, geboren in 1981, woont sinds juni 2010 binnen de

Stichting F. Sinds januari 2016 verblijft zij op de locatie voor begeleid wonen in D. Patiënte heeft een lichte verstandelijke handicap, met een autismespectrumstoornis, PDD-NOS, MCDD en hechtingsproblematiek. Zij heeft een lage sociaal-emotionele ontwikkeling en een lage frustratietolerantie.

**2.2** Klaagster is bij beschikking van de rechtbank G van 27 maart 2009 tot bewindvoester over het vermogen van patiënte en tevens tot haar mentrix benoemd.

**2.3** Verweerster is op 1 augustus 2015 als basisarts gedetacheerd bij stichting F voor twee dagen in de week. Zij was in en omstreeks maart en april 2016 als enige basisarts binnen genoemde stichting werkzaam. De stichting had geen arts verstandelijk gehandicapten (AVG) in dienst. De stichting had een overeenkomst met huisartsenpost H gesloten, op grond waarvan deze de zorg aan de cliënten van de stichting zou leveren op de momenten waarop – in dit geval – verweerster die zorg niet kon bieden. Voorts is de dagdagelijkse patiëntenzorg door de stichting gedelegeerd aan de huisarts van patiënte.

## GEGROND

Gegrond, geen maatregel  
**Waarschuwing**  
Berisping  
Boete

[Voorwaardelijke] schorsing  
inschrijving register  
Gedeeltelijke ontzetting  
Doorhaling inschrijving register

**2.4** Op 17 november 2015 heeft verweerster patiënte gezien in verband met de aanvraag van een rechterlijke machtiging (RM) tot voortgezet verblijf. Ondanks de ontkenning daarvan door patiënte zelf, was toen naar het oordeel van verweerster van een reëel gevaar van suïcidaliteit sprake. De RM is vervolgens verleend.

**2.5** Een volgende consult vond plaats op 5 januari 2016, waarna patiënte naar de locatie in D is verhuisd.

**2.6** Op 20 april 2016 gaf patiënte een signaal dat zij depressief was en dood wilde zijn. Dit was reden voor verweerster om het op 13 mei 2016 geplande consult te vervroegen naar 10 mei.

**2.7** Op 26 april 2016 verbleef patiënte een nacht bij haar vader. Tijdens zijn afwezigheid heeft zij een grote hoeveelheid pijnstillers ingenomen.

**2.8** Omdat de problematiek rond patiënte na terugkeer naar de locatie in D niet verbeterde – zij gooide spullen stuk, dreigde haar polsen door te snijden en probeerde zich voor een auto te werpen – is uiteindelijk op 30 april 2016 contact opgenomen met de dienstdoende arts van de huisartsenpost, die adviseerde patiënte lorazepam te verstrekken, één tablet van 2,5 mg per dag en waar nodig ook op andere dagen dat zij buitengewoon onrustig was.

**2.9** Op 1 mei 2016 is opnieuw contact opgenomen met de huisartsenpost. De dienstdoende huisarts heeft patiënte in haar woning onderzocht en geadviseerd het ingestelde beleid te continueren. Het advies aan klaagster was om verweerster op 3 mei 2016 te spreken. Dit consult heeft telefonisch ook op die dag plaatsgevonden. Op die dag heeft verweerster tevens overleg gepleegd met de dienstdoende gedragsdeskundige die te kennen gaf dat zij problematiek had geobserveerd die paste binnen het bij patiënte bekende beeld van MCDD.

**2.10** Op 5 mei 2016 heeft patiënte de medicatie van een andere bewoner bemachtigd en deze met haar eigen medicatie ingenomen. Na overleg met de huisarts heeft verweerster patiënte naar het ziekenhuis doen vervoeren, waar patiënte ter observatie een nacht is gebleven.

**2.11** Verweerster heeft patiënte op 10 mei 2016 gezien en gesproken. Zij stelde vast dat het suïciderisico nog steeds hoog was en heeft het medicatiebeleid gewijzigd (geen extra tablet lorazepam en geen extra haldol meer). Een afspraak werd gepland op een termijn van twee weken.

**2.12** Op 13 mei 2016 heeft overleg tussen de huisarts en verweerster plaatsgevonden omtrent de wens van patiënte haar voortaan amitriptyline te geven, waarover de huisarts advies van verweerster wilde hebben. Desgevraagd verklaarde verweerster dat de noodzaak om dit middel voor te schrijven uit het dossier niet bleek, terwijl zij mede gezien de complexe problematiek bij patiënte ook contra-indicaties zag. Haar advies was om eerst met begeleiding en de gedragskundige te kijken naar een goede invulling van de dag.

**2.13** Nadat klaagster haar ongenoegen had geuit (bij mails van 13 en 17 mei 2016) en op 18 mei 2016 had verzocht om telefonisch contact met verweerster heeft deze, na een korte afwezigheid, op 20 mei 2016 naar haar zeggen door drukke werkzaamheden eerst vlak voor 18.00 uur van het verzoek kennis genomen. Ze heeft vervolgens overlegd met de persoonlijk regisseur van patiënte die het door klaagster gewenste telefonisch contact met de gemachtigde van klaagster zou opnemen. Dit heeft op 23 mei 2016 plaatsgevonden. Op 27 mei 2016 zou telefonisch een vervolgesprek plaatsvinden, van welke mogelijkheid klaagster heeft afgezien. Op die dag heeft verweerster patiënte verwezen naar een AVG-polikliniek te I. Verweerster en klaagster hebben elkaar uiteindelijk op 31 mei 2016 telefonisch gesproken.

## 03

### De klacht

Klaagster verwijt verweerster dat zij patiënte niet de zorg heeft verleend die patiënte nodig had, en meer specifiek, dat zij de hulpverzoeken van patiënte en gemachtigde, niet heeft gehonoreerd en dat zij heeft nagelaten om klaagster terug te bellen. Volgens klaagster waren de incidenten op en rond april en mei 2016 veel te ernstig om daarop geen actie te ondernemen. Verweerster heeft patiënte te laat doorverwezen.

## 04

### Het standpunt van verweerster

Verweerster heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

## 05

### De beoordeling

**5.1** Verweerster heeft op de verschillende ernstige signalen van patiënte, zoals hiervoor onder de feiten vanaf 2.6 is omschreven, niet of onvoldoende gereageerd. Verweerster had bij de eerste tekenen van suïcidaal gedrag, op 20 april 2016, volgende de geldende richtlijn Diagnostiek en behandeling suïcidaal gedrag 2012 in actie moeten komen. Zij had allereerst diagnostiek moeten (of door een ingeschakelde psychiater laten) uitvoeren door, onder meer, diepgaand onderzoek te doen naar de suïcidaliteit van patiënte. Daarbij geldt dat overleg met klaagster als de moeder, bewindvoester en mentrix van patiënte, gelet op de geringe mate van haar wilsbekwaamheid, geboden was. Terzijde wordt opgemerkt dat, indien verweerster contact had opgenomen met klaagster, zij te weten was gekomen dat klaagster bij patiënte sinds korte tijd veranderd gedrag had waargenomen. Dat was mogelijk ook van belang voor het inschatten van de prognose en het bepalen van interventies op kortere of langere termijn ter vermindering of voorkoming van (herhaald) suïcidaal gedrag. Verweerster heeft opgemerkt dat zij zich bij haar keuzes over de behandeling niet heeft laten leiden door de opmerking van een medewerkster dat de eerste signalen van patiënte – dat zij dood wilde – voortkwamen uit theateraal gedrag. Dat kon zij overwegen, maar dan had zij zelf op onderzoek moeten uitgaan, vooral ook omdat patiënte met deze expliciete uitspraken niet bekend was. Dit heeft zij echter niet gedaan.

**5.2** Ook nadat was gebleken dat patiënte tijdens het verblijf bij haar vader op 26 april 2016 een grote hoeveelheid pijnstillers had ingenomen en de problematiek na haar terugkeer naar de locatie in D allesbehalve verbeterde, kwam verweerster pas op 30 april 2016 in actie, toen zij contact opnam met de huisartsenpost. Dit contact heeft slechts geleid tot een medicatieadvies, wat in verband met het ontbreken van onderzoek van patiënte en een diagnosestelling zonder overleg met klaagster uiteraard onvoldoende was. Ook het contact met de huisartsenpost op 1 mei 2016 resulteerde slechts in een telefonisch consult op 3 mei 2016, waarna op 5 mei 2016 opnieuw een incident plaatsvond, toen patiënte de medicatie van een andere persoon had bemachtigd en ingenomen. Pas op 10 mei onderzocht verweerster patiënte persoonlijk. Zij stelde daarbij dat er geen depressieve stoornis kon worden vastgesteld, doch in het dossier stond zelfs de stemming niet genoteerd. Ook ter zitting kon zij haar afwegingen niet nader verklaren. In het dossier werden ten minste vier kenmerken voor een depressieve stoornis beschreven (veel slapen, vermoeidheid, schuldgevoelens en suïcidaliteit) en er waren sterke aanwijzingen voor twee andere kenmerken (verlies van interesse en moeite met denken/piekeren). Mede ook gelet op de ernst van deze symptomen had in ieder geval beargumenteerd moeten worden waarom deze diagnose niet gesteld kon worden. Haar onderzoek op dit punt is inhoudelijk tekortgeschoten. Verder stelde verweerster mede ook geen indicatie voor een antidepressivum, omdat dit het

risico van suïcide juist zou verhogen. Ook voor deze afweging kon zij haar afwegingen ter zitting niet nader toelichten. Dit klemt eens te meer, omdat is gebleken dat patiënte in de voorgeschiedenis bekend was met depressieve stoornissen en gunstig heeft gereageerd op een antidepressivum. Verweerster stelde opnieuw vast dat het suïciderisico onverminderd hoog was, maar verzuimde een specialist te consulteren met deskundigheid op dit gebied. Klaagster was ondanks haar verzoeken nog steeds niet in beeld gekomen. Wel werd het door klaagster gewenste contact met verweerster gehonoreerd door een contact met de persoonlijk regisseur die, zoals klaagster heeft opgemerkt, geen arts was en om contact met wie zij niet had gevraagd. Pas op 27 mei 2016 heeft verweerster contact met klaagster gehad en heeft zij patiënte verwezen naar een AVG-polikliniek te I.

**5.3** Uit het voorgaande blijkt dat naar het oordeel van het college verweerster herhaaldelijk en langdurig is tekortgeschoten in de zorg die zij had dienen te geven aan patiënte en met klaagster geen contact heeft gelegd en geen overleg heeft gepleegd, aanvankelijk ook niet nadat klaagster daarom expliciet had gevraagd. Zij heeft patiënte veel te laat onderzocht en geen indicatie en diagnose gesteld, met andere woorden geen beleid van suïcidale zorg ontwikkeld, terwijl een en ander ondanks de bestaande overeenkomst met de huisarts (huisartsenpost) wel haar primaire verantwoordelijkheid was. Zij heeft te veel vertrouwd op de deskundigheid van de huisarts, en haar eigen verantwoordelijkheid miskend en in elk geval onderschat. Hierdoor kon een situatie ontstaan waarin de huisarts naar verweerster verwees en verweerster naar de huisarts. Toen overleg met de huisarts geen duidelijkheid over het te volgen beleid opleverde, had zij al of niet in overleg met de huisarts de crisisdienst voor advies moeten inschakelen dan wel een psychiater moeten consulteren. Van een en ander moet verweerster een verwijt worden gemaakt. Dat zij het te druk met andere patiënten had, maakt dat niet anders. Het is immers aan haar om grenzen te stellen teneinde te voorkomen dat zij geen verantwoorde zorg aan alle aan haar toevertrouwde (in dit geval extra kwetsbare) patiënten kan verlenen.

**5.4** Uit het voorgaande volgt dat verweerster met betrekking tot de klacht jegens patiënte en klaagster heeft gehandeld in strijd met artikel 47, eerste lid onder a, van de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg. De klacht zal dan ook gegrond worden verklaard.

**5.5** Voor de zwaarte van de maatregel neemt het college het volgende in aanmerking. Hoewel de in het voorgaande toegelichte verwijten op zichzelf zeer ernstig zijn, heeft het college ook oog voor de hoogst ongelukkigste situatie waarin verweerster heeft verkeerd. Zij was als enige arts verantwoordelijk gesteld voor een zeer grote groep patiënten, die meer dan gemiddeld hulpbehoevend zijn, terwijl zij slechts voor twee dagen was ingeschakeld. Bovendien had de instelling geen zorg gedragen voor geregelde en directe supervisie door een meer ervaren

collega. Bovendien leidde de met de huisarts gesloten overeenkomst tot een onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheid, met een ‘verbrokkelde zorg’ tot gevolg. Die overeenkomst heeft bij verweerster, niet geheel onbegrijpelijk, het gevoel van veiligheid doen ontstaan dat, zoals in dit geval, de huisarts en niet zij uiteindelijk de beslissingen zou moeten nemen. Deze ingewikkelde situatie, waar ook de stichting in belangrijke mate verantwoordelijkheid voor heeft te dragen, zou inmiddels tot het verleden behoren, omdat recentelijk een AVG in dienst is genomen. Verder heeft verweerster zich ter zitting toetsbaar opgesteld en de machteloosheid waarin zij was komen te verkeren duidelijk onder woorden gebracht. Om al deze redenen, die de verwijtbaarheid en de verantwoordelijkheid van verweerster overigens niet opheffen, zal het college de lichtste tuchtmaatregel opleggen. (...)

## 06

### De beslissing

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag beslist als volgt:

- legt verweerster de maatregel van waarschuwing op; (...)

Deze beslissing is gegeven door mr. J.S.W. Holtrop, voorzitter, mr. M.W. Koek, lid-jurist, prof. dr. A.M. van Hemert, P.C.L.A. Lambregts, J.G.M. van Eekelen, leden-artsen, bijgestaan door mr. Y.M.C. Bouman, secretaris, en uitgesproken in het openbaar op 7 februari 2017. ■

#### web

De volledige tekst van deze uitspraak staat op [medischcontact.nl/tuchtrecht](http://medischcontact.nl/tuchtrecht). Log in, bekijk deze en eerdere uitspraken en discussieer mee.

Voor meer uitspraken zie [tuchtrecht.nl](http://tuchtrecht.nl).

## OPVALLENDE UITSPRAKEN

### ● Beroepsgeheim niet geschonden door longarts

Een patiënt klaagt dat een longarts zijn beroepsgeheim heeft geschonden door een e-mail in cc aan het (toenmalige) College voor zorgverzekeringen (CVZ) en een patiëntenvereniging voor cystische fibrose (CF) te sturen. De longarts had klager in het verleden weleens onderzocht en adviezen gegeven, maar discussieerde al langer en ook thans met klager in zijn hoedanigheid als voorzitter van de medische adviesraad van een patiëntenvereniging. De discussie betrof de effectiviteit en vergoedbaarheid van een hulpmiddel voor CF, ‘The Vest’ genaamd, dat in Nederland niet wordt vergoed, mede doordat de patiëntenvereniging daar negatief over had geadviseerd. Er was recentelijk wetenschappelijk onderzoek gedaan waar ‘The Vest’ zeer negatief uitkwam. In de gewraakte e-mail waar de longarts aan dit onderzoek refereert, zegt hij ook: ‘Mede op basis van dit onderzoek raad ik A (de klager, red.) dan ook aan het gebruik van “The Vest” te stoppen en met zijn behandelaar te overleggen welke vorm van fysiotherapie voor hem het best toepasbaar is.’ Het regionaal tuchtcollege overweegt dat het enkele feit dat de longarts klager in het verleden bij gelegenheid weleens heeft onderzocht of advies heeft gegeven, hem niet tot (hoofd)behandelaar maakt. Het beroepsgeheim beperkt zich echter niet in alle gevallen tot de patiënten die een arts in behandeling heeft. In dit geval moet de geciteerde zin volgens het college echter worden gezien in het licht van de e-maildiscussie met klager in zijn geheel. Daaruit voortvloeiend heeft verweerder geschreven dat klager beter met het gebruik van ‘The Vest’ kan stoppen. Dat is dus geen medische, privacygevoelige kennis die aan de longarts was toevertrouwd. Bovendien was zowel bij CVZ als bij de patiëntenvereniging bekend dat klager een CF-patiënt was. Het regionaal tuchtcollege vindt de zin louter een gevolgtrekking van de opvatting van de longarts dat ‘The Vest’ niet het hulpmiddel van voorkeur is. Onder deze omstandigheden acht het college de klacht ongegrond.

RTG Den Haag, 20 februari 2018

Elke week selecteren KNMG-juristen opvallende uitspraken in het gezondheidsrecht. Een volledig overzicht kunt u vinden op [medischcontact.nl/recht](http://medischcontact.nl/recht). Tegen uitspraken van regionale tuchtcolleges kan tot zes weken na de uitspraak nog hoger beroep worden aangekend.

