

ANNOTATIE

Annotatie bij ECLI:NL:TGZRAMS:2018:111.

prof. mr. A.C. Hendriks

Annotatie bij Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, 21-09-2018, ECLI:NL:TGZRAMS:2018:111 (GZR-2018-0409)

1. Artsen verbonden aan de GGZ-crisisdienst worden in de praktijk ingezet om patiënten met suïcidaal gedrag – of patiënten die anderszins in een crisis verkeren – te beoordelen. Zo ook in de bovenstaande zaak. Van de arts wordt bij zo'n crisisbeoordeling verwacht dat hij een inschatting maakt van de prognose van suicide, om een indicatie te stellen voor noodzakelijke of gewenste zorg en voor het kunnen organiseren van de passende zorg. Zo nodig geeft de arts dan aan dat een opname in het kader van de Wet Bopz noodzakelijk is. Helaas komt het in de praktijk voor dat de arts inschat dat de patiënt zichzelf niet zal suïcideren, maar dat de patiënt vervolgens toch de hand aan zichzelf slaat. Dat is voor alle betrokkenen verschrikkelijk. Een dergelijke situatie deed zich ook voor in de bovenstaande zaak. De moeder van de 18-jarige jongen die zelfmoord had gepleegd, besloot vervolgens een tuchtklacht in te dienen tegen de psychiater die op 17 maart 2016 de crisisbeoordeling had uitgevoerd. Dit roept de vraag op of de moeder (ook) namens haar overleden zoon klachtgerechtigd is in de zin van artikel 65 van de Wet BIG en of er nog andere verplichtingen op deze arts rusten.

2. De zoon van klagster was door verweerster en enkele collega's gezien en beoordeeld op de afdeling Acute Psychiatrie van een GGZ-instelling. Dit op verzoek van de politie, die was geïnformeerd door de moeder van de ex-vriendin van betrokkene. Op 16 en 17 maart 2016 hadden gesprekken met de patiënt plaatsgevonden. De aangeklaagde psychiater was alleen op 17 maart 2016 bij het consult betrokken, de dag waarop de patiënt ook zelfmoord heeft gepleegd.

De uitspraak vermeldt niet waarom de crisisbeoordeling niet bij betrokkene thuis heeft

plaatsgevonden, hetgeen doorgaans de voorkeur verdient. Wel bevat de uitspraak overwegingen uit de op 16 maart en 17 maart 2016 gemaakte verslagen. Uit die verslagen komt naar voren dat de stemming van klaagsters zoon somber was, dat hij in het verleden episodes van somberheid en suïcidaliteit had gehad, dat het risico op suïcidaliteit op 17 maart 2016 – door de aangeklaagde arts – als matig hoog werd ingeschat, maar dat de zoon bereid was tot behandeling. Vervolgens is de zoon naar huis gegaan waarop hij zich dezelfde avond suïcideerde.

3. Zoals gezegd, een patiënt die zichzelf suïcideert is voor allen verschrikkelijk. Dat geldt ook voor de moeder in deze zaak. De moeder neemt de psychiater diverse zaken kwalijk, te weten (1) een onjuiste beoordeling van de gezondheidssituatie van haar zoon doordat zij onvoldoende informanten had geraadpleegd, (2) het onjuist inschatten van de sociale steun en veiligheid, (3) het onvoldoende betrekken van de medische voorgeschiedenis van haar zoon en (4) het leveren van onvoldoende nazorg aan klaagster. Drie van deze klachtonderdelen dient zij in namens haar overleden zoon, één – het laatste klachtonderdeel – namens zichzelf.

4. Uit de uitspraak komt met betrekking tot het vierde klachtonderdeel, inzake de geboden nazorg, naar voren dat klaagster verweerster de dag na de suïcide heeft laten weten dat zij een tuchtklacht zou indienen. Verweerster heeft nog een nagesprek aangeboden, maar klaagster heeft dit afgewezen. Ook in een later stadium is van de zijde van de instelling waar de aangeklaagde arts werkt keer op keer een gesprek aangeboden, eventueel via mediation. Dat het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) dit klachtonderdeel afwijst, mag daarom niet verbazen. Wel is het voor de lezers van deze uitspraak onduidelijk of het RTG van beoordeelend artsen verwacht dat zij nabestaanden nazorg bieden. Is dat onderdeel van het takenpakket van leden van de GGZ-crisisdienst? En worden zij geacht aanwezig te zijn op de begrafenis van een patiënt die zichzelf suïcideert, zoals in de uitspraak kan worden gelezen? De uitspraak is op deze punten, helaas, onduidelijk.

5. Belangrijkste punt van deze uitspraak betreft de vraag of een moeder klachtgerechtigd is, in de zin dat zij namens haar overleden zoon klachten kan indienen (art. 65 Wet BIG). In een uitspraak van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG), uit 2013, (ECLI:NL:TGZCTG:2013:130) heeft het hoogste tuchtcollege overwogen: *‘Het recht van een naaste betrekking zoals klaagster (zus van een overledene – AH) om een klacht in te dienen ten aanzien van de medische behandeling van een overleden patiënt berust niet op een eigen klachtrecht van de naaste betrekking, maar op een klachtrecht dat is afgeleid van de in het algemeen te veronderstellen of: veronderstelde wil van de patiënt.’* (r.o. 4.4). Het CTG voegde daaraan toe *‘het niet de taak van de tuchtrechter [te achten] om in een zaak waarin een naaste betrekking van een overleden patiënt een klacht indient, ambtshalve te onderzoeken of deze de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt. Het indienen van een klacht rechtvaardigt, behoudens*

het geval dat er sprake is van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven daaraan te twifelen, het oordeel dat de klagende nagelaten betrekking de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt. (r.o. 4.6). Zie ook de uitspraak van het CTG met ECLI-nummer ECLI:NL:TGZCTG:2013:129 (klacht van moeder van overledene). Bovenal bepaalde het CTG in die zaken dat met betrekking tot de veronderstelde wil van een overledene moet worden gekeken naar de wensen van de meest nabije betrekking, te weten de weduwe.

6. Het RTG verwijst naar de eerste van beide genoemde uitspraken van het CTG. Het is wat mij betreft echter de vraag of klagster de wil van de overleden jongen vertegenwoordigt. Uit de rapportages komt genoegzaam naar voren dat de relatie tussen de – volwassen – jongen en zijn moeder niet optimaal was ('emotionele beschikbaarheid was niet optimaal', 'gebroken gezin', 'PTSS< ADHD en Borderline bij moeder'). Het RTG was zich dit ook anderszins bewust; het overweegt nadrukkelijk dat de overledene '*met zijn moeder...weinig frequent contact [had] en hij had bij de beoordeling op 16 maart 2016 gezegd dat zijn moeder niet op de hoogte was van hoe het met hem ging*'. (r.o. 5.5). Ook was de moeder niet de wettelijk vertegenwoordiger van de overledene. Is in deze situatie geen sprake van – zoals het CTG het noemde – 'bijzondere omstandigheden' waarin kan worden betwijfeld of klager de wil van de overledene vertegenwoordigt? Het dunkt mij van wel. Uit niets blijkt dat de overledene met zijn moeder een goede band had; sterker, hij informeerde haar niet over essentiële zaken. Dat alleen al roept de vraag op of de psychiater verplicht was de moeder informatie te vragen (klachtonderdeel 1) en te vragen naar de sociale steun en veiligheid (klachtonderdeel 2) in de consultatiefase. Terecht stelt het RTG in de bovenstaande zaak dat in deze fase de tijd voor het doen van onderzoek 'niet onbegrensd is' (r.o. 5.6). Het komt mij voor dat de onderzoekend arts in die fase ook dient te bekijken wie de meest relevante informanten zijn. Om die reden kan ik me voorstellen dat het opvragen van informatie bij de moeder van de overledene niet de hoogste prioriteit had. Het RTG laat dit alles nu in het midden.

7. Het RTG wijst ook het derde klachtonderdeel van klagster, over het onvoldoende betrekken van de medische voorgeschiedenis van de zoon van klagster, op terechte gronden af. Verweerster heeft voldoende aangetoond dat zij wel heeft gekeken naar de aanwezige informatie hierover, zodat deze klacht ongegrond wordt verklaard.

8. Deze klacht loopt voor de aangeklaagde psychiater 'goed' af. Dit echter ruim tweeënhalf jaar na de suïcide van de zoon van klagster. Terwijl het RTG bij de samenvatting van de zaak vermeldt dat klagster verweerster verwijt dat zij onvoldoende aandacht heeft besteed aan de richtlijnen van suïcidaal gedrag, komt dit in het geheel niet terug in de uitspraak. Het komt mij voor dat toetsing van het handelen van de aanklaagde psychiater aan deze richtlijn (ik neem aan: A.M. van Hemert e.a., *Multidisciplinaire richtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*, Richtlijn van de NVvP, NIP en V&VN, Utrecht: De Tijdstroom 2012) de uitspraak

sowieso had versterkt. Dit omdat in deze richtlijn waardevolle dingen worden gezegd over – bijvoorbeeld – het betrekken van naasten bij het stellen van de diagnose.

9. Met dit alles ontken ik niet dat het voor een moeder – of andere naaste – zeer zwaar is om iemand door een suïcide te moeten verliezen. Maar is leedverwerking een doel van het tuchtrecht? Of had klaagster zich gestoord aan de pejoratieve opmerkingen over haar in de twee verslagen? Mij dunkt dat dit soort zaken primair in een bilateraal gesprek tussen de betrokken behandelaar en een nabestaande moet worden besproken, hetgeen klaagster heeft geweigerd, en dat pas dan eventueel een tuchtklacht op zijn plaats is. Of een klager dan mede namens de overledene klachtgerechtigd is, hangt af van de context. Deze uitspraak kent feitelijk alleen verliezers, waarbij het RTG over enkele zaken onduidelijkheid laat bestaan. Dat lijkt te vragen om een hoger beroep, maar daarmee wordt de aangeklaagde psychiater nog langer aan deze zaak herinnerd.

prof. mr. A.C. Hendriks

hoogleraar gezondheidsrecht, Universiteit Leiden