

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2013.011

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE **voor de Gezondheidszorg**

Beslissing in de zaak onder nummer C2013.011 van:

A., gezondheidszorgpsycholoog, werkzaam te B.,
appellante, verweerster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. E.J.C. de Jong, advocaat te Utrecht
tegen

C., verweerster in hoger beroep, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: D.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klaagster - heeft op 23 januari 2012 bij het Regionaal Tuchtcollege te Zwolle tegen A. - hierna de gz-psycholoog - een klacht ingediend. Bij beslissing van 13 december 2012, onder nummer 018/2012 heeft dat College de klacht grotendeels gegrond bevonden en de inschrijving van de gz-psycholoog voor de duur van een jaar geschorst.

De gz-psycholoog is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend. Voorts zijn van de zijde van de gz-psycholoog nog nadere stukken ingekomen op 22 en 24 oktober 2013 en van de zijde van klaagster op 23 oktober 2013.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 7 november 2013, waar zijn verschenen klaagster en de gz-psycholoog, bijgestaan door hun gemachtigden. De beide gemachtigden hebben de standpunten toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

2. DE FEITEN

Op grond van de stukken, waaronder de overgelegde dossiergegevens en het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het verhandelde ter zitting dient, voor zover van belang voor de beoordeling van de klacht, van het volgende te worden uitgegaan.

De klacht betreft de behandeling door verweerster van de dochter van klaagster. De dochter is genaamd E. , geboren op 12 september 1988 en overleden op 24 juli 2011, verder patiënte te noemen.

Bij patiënte, destijds woonachtig bij klaagster, is vanaf haar veertiende jaar sprake van anorexia- en persoonlijkheidsproblematiek. Zij is daarvoor van eind 2004 tot april 2005 opgenomen geweest in een psychiatrische kliniek in België.

Verweerster voert vanaf 2005 een solopraktijk als eerstelijns psycholoog.

Patiënte heeft zich in verband met de verwerking van een aantal problemen uit haar verleden op eigen initiatief tot de praktijk van verweerster gewend. De intake vond

plaats op 1 september 2006. Patiënte vulde op het intakeformulier bij de vraag of zij medicatie gebruikt in: "nee, maar moet wel weer voor me botontkalking".

En bij de vraag of zij in het verleden al eens hulp had gezocht voor emotionele of psychische klachten:

"Ja bij Jeugdzorg → NIM (omgaan met dingen als je ouders gescheiden zijn) in 1996 GGZ → in 2003-2004

Kliniek voor eetstoornissen in België → 2 november 2004 - 15 april 2005

Op school bij mijn mentrix 2003 – 2006 en bij de vertrouwenspersoon!".

Op de vraag in hoeverre zij er baat bij had gehad:

"bij de opname in de kliniek heel erg veel heb hierna mijn anorexia overwonnen."

Verweerster noteerde in het dossier op 1 september 2006 als samenvatting:

"v/a 8e jr

- Ouders gescheiden → verdriet nooit laten zien
- Vader geen aandacht aan haar, ook niet in kliniek
- Vrouw van vader negeert haar
- Meegemaakt dat vader moeder bewusteloos sloeg
- Meegemaakt dat toen vader moeder wilde slaan, er een man kwam die vader heel hard sloeg

→ 's avonds heeft ze diens gezicht gezien (HOE?) → heel bang

- (met aanloop v/a 8e jaar) vanaf 12e jaar problemen met eten → Anorexia + veel sporten, bewegingsdrang. Bijna overleden!

- Daarna ½ jr opgenomen in kliniek voor eetstoornissen in België

- v/a 15 jr start automutilatie (HOE?)

- Ooit zelfmoordpoging gedaan (HOE?)

WAT?

Schema:

- Minderwaardigheid, denken dat niemand om haar geeft
- Kwetsbaarheid (er alleen voor te staan veel te jong)
- Erg gepest van 4 t/m 12 jr werd opgewacht en geslagen etc.
- Bedreigd op haar 16e door man in stad met mes vlakbij hoofd
- Op 14e aangerand (kan ze niet over praten)
- Op school door man over haar grenzen gegaan 1 mnd lang
- Zus van moeder heeft 3 boeken geschreven over mishandeling in jeugd in ouderlijk gezin. Ook moeder heeft dat dus meegemaakt. Gevolgen voor E..?
- Broer heeft Gymnasium gedaan en heeft goed leven, vader ziet hem. E.. vergelijkt zich steeds met hem en is minderwaardig.

Als erg verdrietig en minderwaardig → niks hoeft meer → drang om te automutileren.

Gevolgen: Botontkalking + zwak lichaam nog

- 13 jr: Vrouw v vader sloeg haar, heeft haar tegen badkamerdeur geduwd, met hoofd tegen deur gegooid tot in elkaar zakte → v/d zoldertrap afgegooid. Vader deed er niets aan.

- Broer kon bij vader gaan wonen, terwijl vader aan haar geen aandacht schonk

- Ze ziet familie (wie) nooit. (Tante van boek?)"

Bij de intake heeft patiënte de Youngs Schemavragenlijst 2e druk en de Klachtenlijst (SCL-90-R), de Utrechtse copinglijst (UCL), alsmede de Nederlandse Persoonlijkheidsvragenlijst ingevuld.

De behandeling door verweerster bestond uit begeleidende gesprekken. Er vonden in totaal 15 sessies plaats in de periode van 1 september tot 13 december 2006. Aan het

eind van de tweede sessie hebben patiënte en verweerster elkaar omhelsd. Verweerster heeft dit gedrag niet bespreekbaar gemaakt.

Tijdens de behandeling bleek dat de eetproblematiek van patiënte nog manifest was. Patiënte heeft zich voor een vervolgbehandeling aangemeld bij F., specialistisch centrum voor eetstoornissen in G., verder F. te noemen. Verweerster heeft bij brief van 18 december 2006 met toestemming van patiënte informatie verstrekt aan F.

Verweerster schrijft onder meer:

“ In een jeugd met de nodige moeilijkheden heeft cliënte heeft vanaf haar 12e gekampt met een serieus eetprobleem (AN), waarvoor ze uiteindelijk in een kliniek in België werd behandeld van 2 november 2004 tot 15 april 2005. Nadien is ze een tijd behoorlijk stabiel op gewicht gebleven.

In september j.l. meldde zij zich bij mij aan omdat ze de gebeurtenissen uit haar verleden wilde verwerken waar ze tot dan toe nog niet aan toe was gekomen., waaronder de scheiding van haar ouders, haar relatie met vooral vader, en diverse nare ervaringen die ze in haar leven heeft gehad. In de gesprekken werd ondersteuning geboden en aandacht besteed aan het geven van woorden aan gevoelens en gedachten, en ook ruimte gegeven aan verdriet. De gesprekken leverden haar het nodige op maar ze waren ook zwaar voor haar.

In het dagelijks leven deden zich echter ook de nodige spanningen voor die hun weerslag hadden op cliënte. Bij spanning bleek het eten moeizamer te gaan en met name het drinken werd een probleem. Vanaf dat moment werd in elke sessie aandacht besteed aan haar eet- en drinkpatroon en hield ze lijsten bij. Toen ze zichtbaar leek af te vallen bleek bij de huisarts dat ze op het kritieke gewicht was terechtgekomen. De huisarts heeft met mij overleg gepleegd en heeft haar willen doorverwijzen naar GGZ voor haar eetproblemen. Aangezien cliënte niet goed overweg kon met de huisarts en zelf geen heil zag in de GGZ heeft zij zelf aangegeven meer te voelen voor behandeling bij F., eventueel voorafgegaan door ondersteuning door Ziezo.

Inmiddels heeft ze de gesprekken met mij na 13 sessies afgerond omdat er momenteel zoveel tegelijk speelt en haar gezondheid nu prioriteit heeft. Hiervoor is structurele en specialistische hulp nodig, die ze bij uw instelling hoopt te krijgen.

In de behandeling heeft zij allereerst hulp nodig die specifiek is gericht op anorexia nervosa. Hierbij zal uiteraard gewichtsherstel en gezond evenwicht aandacht moeten hebben. Verder zal aandacht nodig zijn voor eventuele reeds opgelopen fysieke schade en daarnaast het gaan nemen van verantwoordelijkheid voor haar eigen gezondheid. Ze mag ook gaan voelen dat ze het waard is.

Cliënte heeft de neiging erg veel van zichzelf te vergen en haar lichaam uit te putten. Psycho-educatie over de gevolgen ervan zou wellicht helpend zijn.

Wat overige gebieden betreft is het goed dat aandacht wordt besteed aan haar vergroten van haar zelfwaardering en directer uiten van ongenoegens (assertiviteit) en benoemen van wat haar bezighoudt. Momenteel lijdt zij emotioneel erg onder het feit dat een goede vriendin en lotgenote van haar zeer kort geleden door suïcide om het leven kwam. Ook hierin zal ze een klankbord kunnen gebruiken, mede daar zij in haar naaste omgeving weinig emotionele steun vindt.”

Op 13 februari 2007 is de behandeling bij F. begonnen. Eind december 2007 is patiënte opnieuw in contact getreden met verweerster omdat zij vond dat de behandeling bij F. haar te weinig had opgeleverd en zij opnieuw naar voormelde kliniek in België wilde. Van januari tot maart 2008 is patiënte weer opgenomen in de kliniek in België vanwege de anorexia nervosa.

Van mei 2008 tot mei 2009 was patiënte in deeltijdbehandeling bij H. in I. en bij F. in J., beide onderdeel van GGNet in verband met persoonlijkheidsproblematiek c.q. eetstoornissen. Verweerster was hier niet van op de hoogte.

Patiënte is in september 2008 op kamers gaan wonen.

In februari 2009 deed patiënte een suïcidepoging (TS).

Medio 2009 wendde patiënte zich weer tot verweerster met het verzoek om verdere begeleiding. Tussen 2 juni en 10 september 2009 zijn door verweerster negen behandelcontacten gedeclareerd. Op zes data zijn contacten genoteerd.

Patiënte vertelde verweerster in deze episode dat zij in haar puberjaren al eens een TS had ondernomen.

Verweerster heeft patiënte bij brief van 30 juli 2009 doorverwezen naar de psychotherapeute K. in J.. Verweerster schreef:

“Bij deze wil ik naar u doorverwijzen E., geb. 12-09-1988. Cliënte is eind 2006 enkele maanden bij mij in behandeling geweest i.v.m. emotionele en verwerkingsproblemen aangaande de verhouding met haar ouders. Voordien had zij jaren aan een eetstoornis (Anorexia Nervosa) geleden. Na verloop van tijd speelde haar eetstoornis, die enige tijd in remissie was geweest, weer op. Dientengevolge is ze opgenomen in een kliniek voor eetstoornissen in België en stopte het contact bij mij. Nadien is zij in ambulante deeltijdbehandeling geweest bij F. en H., waar zij kort geleden de behandeling heeft afgerond. Inmiddels is haar situatie flink verbeterd wat betreft de eetstoornis en dit is hoopgevend, hoewel nog pril. Een paar weken geleden zocht zij opnieuw contact met mij, omdat ze forse last heeft van herbelevingen van diverse traumatische ervaringen, waaronder bedreigende en grensoverschrijdende gedragingen door jongens/mannen. (...) De herbelevingen vinden nu dagelijks plaats en hebben forse impact op haar psychisch evenwicht en haar dagelijks leven.

Cliënte is geneigd veel voor anderen te doen en over haar eigen grenzen te gaan. Ze vergt veel van zichzelf. In het omgaan met negatieve emoties kan ze de neiging hebben tot zelfverwijt en zelfbestrafing, heel soms nog uitlopend in automutilatie. Het is moeilijk voor haar om hulp te aanvaarden. Het spreken over de traumatische ervaringen met jongens/mannen is voor haar zeer moeilijk en roept veel spanning en angst op, waarbij ze vrij snel in een angstvolle herbeleving terechtkomt. Ze kan nauwelijks benoemen wat er gebeurd is. Aan het eind van haar periode bij F. werd haar EMDR als vervolgstherapie aangeraden. (...) Het is echter ook van belang om haar draagkracht goed in te schatten. Vanwege de klachtengeschiedenis en complexiteit leek het me aangewezen een psychotherapeut voor haar te zoeken, zodat cliënte eventueel een langere periode begeleid kan worden en er naast EMDR wellicht andere therapeutische middelen mogelijk zijn om cliënte verder te helpen.”

Tussen verweerster en patiënte bestond vanaf september 2009 een mailwisseling.

Verweerster noemde patiënte in die mails een ‘lieve prachtmeid’, ‘lief meissie’, ‘lief meisje’, ‘lief scheetje’ en schrijft verder ‘wees zuinig op jezelf lieverd!!’, ‘liefs L.’ en ‘knuffels’ of ‘grooote knuffels’. Verder schreef verweerster in de mails onder meer dat patiënte de liefde van haar moeder moet ontberen en dat er van moeder en familieleden niet veel meer te verwachten is dan wat ze steeds krijgt.

Patiënt kon op 25 september 2009 voor het eerste consult bij K. terecht. Verweerster heeft patiënte in de tussentijd ondersteunend contact aangeboden en gegeven.

In dat kader heeft zij de huisarts van patiënte gevraagd om angstremmende medicatie voor patiënte in een brief van 4 augustus 2009:

“Geachte heer/mevrouw,

Mw.E. is op dit moment opnieuw (tijdelijk) bij mij in behandeling. Na diverse behandelingen i.v.m. anorexia nervosa is cliënte nu bij mij gekomen omdat ze bepaalde ervaringen nog te verwerken heeft. Op dit moment kampt ze met hevige angstklachten naar aanleiding van enkele traumatische ervaringen. Zij heeft veel last van herbelevingen, die haar in haar dagelijks functioneren flink beperken en haar nachtrust kosten. Ze raakt er langzamerhand door uitgeput.

Inmiddels heb ik haar doorverwezen naar een psychotherapeute die ook EMDR biedt, echter daar kan ze pas over 2 maanden starten. Ik probeer nog te bewerkstelligen dat ze elders misschien eerder terecht kan.

Mijn verzoek aan u is te overwegen of cliënte tijdelijke ondersteuning zou kunnen krijgen m.b.v. angstremmende medicatie en eventueel slaapmedicatie. Mijn inschatting is dat dit haar kan helpen deze periode draaglijker te maken, nu de angst zo hoog bij haar oploopt. Tevens wil ik u verzoeken een verwijfsbrief aan haar te verschaffen voor psychotherapie/EMDR, omdat cliënte m.i. gebaat is bij een gerichte angstbehandeling alsmede een gedegen en langduriger begeleiding dan ik haar vanuit de eerste lijn kan bieden.

Ik hoop u voldoende geïnformeerd te hebben. Indien u vragen of opmerkingen heeft, kunt u uiteraard met mij contact opnemen.”

In maart 2010 heeft verweerster patiënte op haar verzoek op haar kamer bezocht. Patiënte was heel angstig en aanvaardde het aanbod om bij verweerster en haar toenmalige partner, de heer M., te komen slapen. Verweerster schreef in die periode aan patiënte dat zij van haar houdt en dat patiënte altijd een plekje in haar hart houdt.

K. heeft verweerster tijdens de behandeling op de hoogte gehouden van de voortgang en heeft verweerster om advies gevraagd. Zij heeft de behandeling op 19 april 2010 afgesloten, waarbij zij patiënte heeft terugverwezen naar verweerster.

Vervolgens wilde patiënte onder behandeling komen bij mevrouw N. in B., maar dat vond na één gesprek geen doorgang en patiënte werd terugverwezen naar verweerster.

In juni 2010 verscheen een boek van patiënte over haar leven, hetgeen veel media-aandacht teweegbracht. Verweerster heeft patiënte in deze periode terzijde gestaan. Patiënte liet zich in augustus 2010 overschrijven naar dezelfde huisartsenpraktijk als verweerster heeft.

In deze periode bleef patiënte sporadisch een nacht slapen bij verweerster en haar toenmalige partner. Ook zijn zij een aantal keren een weekend met elkaar weggeweest. In de zomer van 2010 zijn verweerster en haar toenmalige partner enkele maanden uit elkaar geweest. Patiënte heeft gedurende deze maanden contact met hen beiden onderhouden. De breuk greep patiënte erg aan en zij voelde zich belast door de problemen die de partner van verweerster met haar besprak. Verweerster ging eind augustus 2010 met patiënte een weekend naar O. en later nog een weekend naar P.

In het najaar van 2010 besloten verweerster en haar partner de relatie voort te zetten en toen is patiënte begonnen hen ‘mama’ en ‘papa’ te noemen. Bij familiebezoek aan de ouders van verweerster sprak patiënte die aan met ‘opa’ en ‘oma’.

Het ging in die periode slechter met patiënte. Zij zat inmiddels in het tweede jaar van de opleiding verpleegkunde en dat vergde veel van haar. Daarnaast was patiënte bezig met de sterfdag van haar vriendin die op 24 november 2006 zelfmoord had gepleegd. Patiënte uitte zich suïcidaal en zei tegen verweerster dat zij de datum van 19 november 2010 in het hoofd had om zelfmoord te plegen. Ook sneed zij zichzelf. Zij sliep afwisselend bij verweerster in de woning en in die van de partner.

Op 21 november 2010 heeft patiënte weer op de eigen kamer geslapen. Diezelfde avond stuurde ze verweerster een sms-bericht, inhoudende dat zij een overdosis medi-

catie had genomen. Verweerster is direct naar patiënte gegaan en heeft haar naar de afdeling eerste hulp van het Q. (verder het Q.) gebracht. Patiënte is die nacht in het Q. gebleven.

Verweerster mocht van patiënte klaagster en haar ex-echtgenoot niet inlichten.

In de dagen na 22 november 2010 zijn er meerdere gesprekken geweest met de crisisdienst van de GGZ J.. Op 26 november 2010 werd een crisisopname geadviseerd op de psychiatrische afdeling van het Q., R. (ook R. te noemen). Tot haar opname op 2 december 2010 heeft patiënte de nachten grotendeels bij verweerster doorgebracht. Op 2 december 2010 is patiënte opgenomen op Aurora 3 bij R. in J..

Deze opname duurde tot 24 december 2010.

Verweersters toenmalige partner wordt in het dossier van R. aangemerkt als eerste contactpersoon, als 'vader S.'. In het dossier van R. worden verweerster en haar partner aangemerkt als zelfgekozen ouders. Verweerster heeft patiënte naar de gesprekken met psychiaters (van buiten de GGZ) begeleid.

Bij de GGZ J. is de psychiatrische diagnose gesteld borderline persoonlijkheidsstoornis met daaruit chronische suïcidaliteit en depressieve klachten. Somatisch was sprake van osteoporose en wisselende menstruatie vanwege de anorexia nervosa.

Als antidepressiva kreeg patiënte mirtazapine en venlafaxine, oxazepam om rustiger te worden en zopiclon voor het slapen.

Het weekend van 18 en 19 december 2010 brachten verweerster en haar partner met patiënte door in T..

Op 1 januari 2011 vertelde patiënte aan verweerster dat ze medicatie aan het opsparen was omdat ze de strijd tegen suïcidale gedachten niet langer aankon. Er volgden gesprekken bij de crisisdienst van de GGZ. Patiënte verbleef vanaf januari 2011 bij verweerster en haar toenmalige partner. Eind januari brachten verweerster en haar partner met patiënte een weekend door in U..

In februari 2011 startte patiënte ambulante behandeling bij het team persoonlijkheidsstoornissen volwassenen bij R. in J..

Op 4 februari 2011 werd zij ontslagen uit het ziekenhuis maar zij bleef onder ambulante begeleiding van een psycholoog en een psychiater.

Verweerster en haar partner zijn in maart 2011 uit elkaar gegaan. Patiënte is bij de partner van verweerster gaan wonen. Op 8 maart 2011 heeft patiënte in diens woning een TS gedaan en is zij opgenomen op de afdeling intensive care van het Q.

Van 11 maart 2011 tot en met 18 maart 2011 is patiënte opgenomen op R.. Zij heeft toen het contact met haar (biologische) vader en moeder hersteld.

In de ontslagbrief is als diagnose op as I vermeld anorexia nervosa as II borderline persoonlijkheidsstoornis en op as IV problemen binnen de primaire steungroep studie/scholingsproblemen.

Op 9 mei 2011 heeft patiënte weer een TS gedaan door middel van auto-intoxicatie. Zij is 4 dagen opgenomen geweest op de afdeling intensive care van het ziekenhuis in J. Op 23 mei 2011 is zij overgeplaatst naar de gesloten afdeling van R. en op 8 juni 2011 is zij overgeplaatst naar de open afdeling.

Op 18 mei 2011 heeft de behandelaar van patiënte haar aangemeld bij het centrum voor persoonlijkheidsstoornissen in V.

Op 24 mei 2011 is patiënte aangemeld voor behandeling bij een Psychotherapeutisch Centrum maar opname werd geweigerd vanwege de suïcidaliteit van patiënte.

Op 12 juli 2011 heeft een gesprek plaatsgevonden op de school van patiënte naar aanleiding van de beslissing patiënte niet over te laten gaan naar het volgende jaar

van de opleiding. Verweerster was bij dit gesprek aanwezig. Het gesprek verliep niet naar wens van patiënte.

Volgens verweerster ter zitting heeft zij op 19 juli 2011 aan patiënte aangegeven dat ze de moederrol niet kan invullen zoals patiënte wenst of verlangt en dat patiënte haar voortaan beter L. kan noemen in plaats van 'mama'.

Patiënte heeft op 21 juli weer een TS gedaan.

Op 24 juli 2011 is patiënte overleden ten gevolge van suïcide.

R. heeft de suïcide gemeld aan de Inspectie. De conclusie van de suïcide-evaluatie door R. luidt:

*“Er is sprake van een patiënte met een borderline-persoonlijkheidsstoornis, bij wie sprake was van chronische suïcidaliteit met eerdere ernstige suïcidepogingen in de voorgeschiedenis. Mogelijk luxerende factoren voor de suïcide waren de afwijzing door een gespecialiseerde behandelafdeling, de afwijzing door haar opleidingsinstelling wat het voortzetten van haar studie (betreft, aanvulling rtc), en de scheiding van een ex-behandelaar en haar partner met wie ze een nauwe relatie onderhield als haar “zelfgekozen ouders”, en de plotse afwijzing door deze ex-behandelaar.
(...) De suïcide had ons inziens hoogstens uitgesteld kunnen worden, maar niet voorkomen kunnen worden.”*

Klaagster heeft een melding gedaan bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), die vervolgens een onderzoek naar het handelen van verweerster heeft ingesteld, wat heeft geresulteerd in genoemd rapport. De IGZ heeft maatregelen opgelegd, waaronder supervisie bij een vaste supervisor. De duur en frequentie daarvan zal door de supervisor worden bepaald.

1. HET STANDPUNT VAN KLAAGSTER EN DE KLACHT

Klaagster verwijt verweerster -zakelijk weergegeven- dat zij:

1. als gezondheidszorgpsycholoog patiënte niet de juiste zorg heeft gegeven;
2. patiënte niet (tijdig) heeft doorverwezen;
3. onvoldoende informatie heeft verstrekt over de behandelingen;
4. zich heeft schuldig gemaakt aan ontoelaatbaar grensoverschrijdend gedrag;
5. niet adequaat heeft gereageerd op de zelfmoordpogingen van patiënte;
6. tijdens de crisisopname patiënte in de steek heeft gelaten. Mede hierdoor heeft patiënte een eind aan haar leven gemaakt;
7. ondeskundig heeft gehandeld;
8. verzaakt heeft om vanaf het begin het sociaal netwerk rondom patiënte in te schakelen en actief te betrekken, zoals de naaste familie, alsmede de kwetsbaarheid van patiënte heeft misbruikt en irreële verwachtingen heeft gewekt, waarin verweerster zich voordeed als haar moeder en haar partner zich voordeed als haar vader. Dit opstellen als surrogaatouders heeft het contact tussen patiënte en haar naaste familie in sterke mate verhinderd;
9. verzaakt heeft gepaste afstand te bewaren m.b.t. de professionele relatie met desastreuze gevolgen;
10. patiënte haar medicatie heeft aangemoedigd.

2. HET STANDPUNT VAN VERWEERSTER

Verweerster voert -zakelijk weergegeven- aan dat, voor zover haar al een verwijt treft, dit niet een zodanig verwijt is dat dit tot gegrond verklaring van de klacht en/of tot oplegging van een maatregel zou moeten leiden. Voor zover nodig wordt hierna nog specifiek op het verweer ingegaan.

5. DE OVERWEGINGEN VAN HET COLLEGE

5.1

Het college wijst er allereerst op, dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar om het geven van een antwoord op de vraag of de beroepsbeoefenaar bij het beroepsmatig handelen is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

5.2

Op de behandelrelatie tussen verweerster en patiënte is van toepassing de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) alsmede de Beroepscode voor Psychologen van het Nederlands Instituut van Psychologen (verder: de Code). Bij de beoordeling van de vraag of sprake is geweest van verantwoorde zorg neemt het college tot uitgangspunt dat verweerster patiënte gedurende twee episoden heeft behandeld en dat zij daarna geleidelijk in een persoonlijke relatie met patiënte is getreden.

5.3

In de eerste episode van september tot en met december 2006 heeft verweerster de problematiek van patiënte in kaart gebracht. Uit haar bij de feiten weergegeven dossier-aantekeningen van september 2006 volgt dat verweerster ermee bekend was dat sprake was van forse problematiek bij patiënte. Niettemin heeft verweerster nagelaten die problematiek deugdelijk te inventariseren, bijvoorbeeld door bij eerdere behandelaars, zoals bij de kliniek in België, informatie in te winnen. Dat zij voldoende grondig aan diagnostiek heeft gedaan kan op grond van het dossier niet worden vastgesteld en een door verweerster opgesteld behandelplan ontbreekt. Evenmin is sprake geweest van een gestructureerde behandeling. Vanaf het begin heeft verweerster in de behandelrelatie onvoldoende professionele distantie tot patiënte in acht genomen. Ook al is het initiatief tot lichamelijk contact door patiënte genomen, zoals verweerster stelt, heeft zij het appèl dat op die wijze op haar werd gedaan onvoldoende professioneel gepareerd. Vaststaat dat verweerster vanaf de tweede sessie heeft toegelaten dat patiënte haar omhelsde en aanraakte. Het ongewenste karakter daarvan heeft verweerster niet in vervolgesprekken bij patiënte aan de orde gesteld. Contactbehoud van de relatie met patiënte kan daarvoor geen rechtvaardiging zijn. Voorts valt verweerster een tuchtrechtelijke verwijt te maken van het feit dat zij patiënte niet eerder dan na 15 sessies heeft doorverwezen. Minst genomen na vijf sessies had het verweerster duidelijk moeten zijn dat onder andere de anorexiaproblematiek nog manifest was en dat op dat moment al andersoortige therapie dan die verweerster kon bieden, geboden was.

5.4

Wat de behandeling gedurende de tweede episode betreft, van juni tot medio september 2009, door verweerster aangeduid als "overbruggingsperiode met ondersteunend contact" geldt het volgende. Verweerster heeft patiënte gedurende die periode op adequate wijze verwezen naar een psychotherapeut, maar is daarna toch blijven interfereren en een rol blijven spelen bij die behandeling, zoals blijkt uit het door die therapeut opgestelde dossier. Zij heeft toen ook persoonlijk getinte e-mails aan patiënte gestuurd, die op zijn zachtst gezegd niet van een professionele rolinvulling getuigen. De adviezen in die mails zijn niet constructief voor het vormgeven van de eigen relatie van verweerster ten opzichte van patiënte. Ze dragen ook niet bij aan een verantwoorde behandeling van de door patiënte ervaren problematiek, bijvoorbeeld ter zake de relatie met haar moeder. Door de liefkozende en persoonlijke aanhef en afsluiting van die mails door verweerster kan eveneens rolverwarring zijn ontstaan bij patiënte. Het betoog van verweerster dat - uitsluitend - sprake zou zijn van privémails kan haar alleen al niet baten

omdat zij daaronder de gegevens van haar psychologiepraktijk vermeldt. Verweerster heeft onvoldoende besef gehad van de impact dat voornoemd handelen op een kwetsbare patiënte als de onderhavige moet hebben gehad. De professionele relatie waarin verweerster tot patiënte stond, bracht met zich mee dat verweerster die relatie hoorde te begrenzen, waarin verweerster ernstig is tekortgeschoten. Het college heeft geen aanwijzingen dat verweerster ook een verwijt kan worden gemaakt van het medicijngebruik door patiënte.

5.5

In de periode na september 2009 heeft verweerster naar patiënte onduidelijkheid laten ontstaan over de beëindiging van haar professionele rol. Het moge zo zijn dat verweerster patiënte op persoonlijke titel in die periode heeft willen helpen, naar haar zeggen bij gebrek aan steun door anderen uit haar omgeving, maar zij miskent daarmee dat zij in ieder geval daarvóór in een professionele relatie tot patiënte stond. Anders dan klaagster betoogt is het college niet gebleken van een seksuele relatie tussen verweerster en/of haar partner en patiënte. Maar verweerster kan wel verweten worden dat zij haar professionele relatie naadloos in een zeer persoonlijke en intensieve relatie heeft laten overgaan, zonder daarover voldoende duidelijk met patiënte te communiceren, althans zonder te toetsen bij patiënte of haar voldoende duidelijk was dat verweerster geen professionele rol meer had, althans dat die rol geen betekenis meer vervulde. Uit het feit dat verweerster die rol bij gesprekken met opvolgende behandelaars, dan wel de school ter sprake bracht kan bovendien worden afgeleid dat er nog een professionele rol was, terwijl hierdoor ook weer verwarring kan zijn ontstaan bij patiënte over de rol van verweerster. Dat verweerster zich in die periode mama liet noemen, draagt evenmin bij aan het vormgeven van een evenwichtige en acceptabele relatie met een voormalig patiënte, die nog steeds (ernstig) ziek was. Ook het abrupt willen beëindigen van de verkozen 'moederrol' door verweerster is niet professioneel. Deze gang van zaken is te meer merkwaardig nu verweerster bekend was met de problematiek die patiënte uit de ouder-kindrelatie ervoer. Verweerster heeft zich er kennelijk geen rekenschap van gegeven dat haar professionele verantwoordelijkheid na de formele beëindiging van de professionele relatie - zo van beëindiging al sprake was - ten opzichte van de betrokkenen niet zonder meer ophield te bestaan. Feit was dat er een ongelijke machtsverhouding tussen haar en de jonge patiënte bestond. Het handelen van verweerster is in ieder geval in strijd met de bepalingen van de Code onder III.1.2.3. (Verantwoordelijkheid na beëindiging van de professionele relatie) en III.2.3.5. (vermijden van het vermengen van professionele en niet professionele rollen), terwijl ook de bepaling III.2.3.8 (persoonlijke relatie na beëindiging professionele relatie) door verweerster is geschonden. Het vorenstaande maakt niet dat verweerster ook een verwijt valt te maken van de suïcide, zoals ook uit de evaluatie daarvan blijkt, zodat het college klaagster daarin niet volgt. Uit de feitelijke gang van zaken volgt veeleer dat verweerster zich bijzonder heeft ingespannen om patiënte daarvan te weerhouden. Anderzijds blijkt uit de evaluatie wel dat de persoonlijke relatie die verweerster met patiënte onderhield, het aangaan van het zelfgekozen ouderschap, de breuk met haar partner en de plotselinge beëindiging van de moederrol destabiliserend heeft gewerkt op het geestelijk welzijn van patiënte.

5.6

Het college komt tot de slotsom dat de klacht grotendeels gegrond is. Verweerster heeft haar behandelrelatie met patiënte onprofessioneel en onethisch vormgegeven, heeft patiënte ontijdig verwezen en heeft haar behandelrelatie daarnaast uiterst onzorgvuldig in een persoonlijke relatie laten overgaan, waarbij verweerster de professionele normen, alle goede bedoelingen ten spijt, ernstig heeft overschreden. Volgens verweerster was

er weinig ruimte voor bezinning op de ontstane situatie, aangezien patiënte voortdurend een appèl op haar deed. Het college is niet gebleken dat verweerster kritisch heeft nagedacht over haar (beroepsmatig) handelen en haar persoonlijke motieven die daarbij een rol hebben gespeeld, noch heeft zij zich bij haar handelen rekenschap gegeven van het laakbare daarvan. Evenmin heeft zij de gecompliceerde casus van patiënte aan een serieuze vorm van intervisie onderworpen. Ook baart het zorgen dat verweerster de verantwoordelijkheid voor het overschrijden van de grenzen bij een jonge en ernstig zieke patiënte neerlegt. Niet alleen supervisie, maar ook een langdurige coaching van verweerster in haar persoonlijk en professioneel functioneren is geboden om herhaling te voorkomen.

Dat die coaching binnen een termijn in het kader van een voorwaardelijke schorsing mogelijk is, acht het college niet aannemelijk. Na te melden maatregel is dan ook passend en geboden.

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in hoger beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1 In hoger beroep stelt de gz-psycholoog voorop dat zij de inhoudelijke beoordeling door het Regionaal Tuchtcollege, zoals weergegeven in de bestreden beslissing, geheel accepteert en respecteert. Haar hoger beroep heeft uitsluitend en alleen betrekking op de door het Regionaal Tuchtcollege opgelegde maatregel van schorsing van de inschrijving als gz-psycholoog gedurende een jaar.

De gz-psycholoog betreurt het dat zij er kennelijk niet in is geslaagd het Regionaal Tuchtcollege ervan te overtuigen dat zij inziet dat zij – zakelijk weergegeven – jegens de dochter van klaagster, hierna: patiënte, onvoldoende distantie heeft bewaard en rolverwarring heeft laten ontstaan. Ter toelichting wijst de gz-psycholoog op het volgende:

- zij heeft afspraken met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gemaakt over supervisie door prof. W. en is hiermee ook gestart;
- zij is voorwaardelijk geschorst door het College van Toezicht van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). De NIP heeft als voorwaarde gesteld dat zij binnen één jaar nadat de uitspraak onherroepelijk is geworden minimaal 25 leertherapie sessies zal ondergaan bij een leertherapeut. De leertherapie is inmiddels gestart en zij heeft 15 sessies afgelegd;
- zij staat onder toezicht van de IGZ. Naast eerdergenoemde supervisie wordt haar praktijk door de IGZ bezocht en hebben meerdere gesprekken plaatsgevonden. Ook heeft er op verzoek van de gz-psycholoog een visitatie van haar praktijk plaatsgevonden door het NIP, waarvoor een certificaat is afgegeven;
- zij stelt haar functioneren en professionele thema's aan de orde in de beide supervisie groepen waaraan zij deelneemt.

Gelet op al deze omstandigheden is de gz-psycholoog van mening dat de door het Regionaal Tuchtcollege opgelegde maatregel te zwaar is. Bovendien werkt deze maatregel contraproductief. In haar optiek hebben supervisie en leertherapie, naar alle waarschijnlijkheid, het meeste effect indien zij haar werkzaamheden als gz-psycholoog kan voortzetten en problemen en casuïstiek direct bespreekbaar kan maken. Een voorwaardelijke schorsing is dan ook meer passend.

4.2 Klaagster heeft gemotiveerd verweer gevoerd en geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Het Centraal Tuchtcollege hecht eraan te benadrukken dat het zich volledig kan vinden in de inhoudelijke beoordeling en overwegingen van het Regionaal Tuchtcollege.

Gedurende de twee episoden dat de gz-psycholoog de patiënte behandeld heeft (september – december 2006 en juni – medio september 2009) is zij ernstig tekort geschoten in haar handelen jegens patiënte en heeft zij een groot aantal professionele normen ernstig overschreden. Ook daarna, in de periode vanaf medio september 2009, toen er geen sprake meer was van een behandelrelatie maar uitsluitend van een (intensieve) persoonlijke relatie, heeft zij een groot aantal professionele normen ernstig overschreden. Het Centraal Tuchtcollege verwijst in dit kader naar de overwegingen 5.3 tot en met 5.5 van de bestreden beslissing en maakt het aldaar overwogene geheel tot het zijne.

4.4 Het Centraal Tuchtcollege constateert dat de gz-psycholoog gedurende een lange periode de voor haar geldende professionele normen in ernstige mate heeft overschreden. In deze periode heeft zij veelvuldig de gelegenheid gehad om over haar relatie met patiënte na te denken en haar fouten te herstellen, hetgeen zij niet heeft gedaan.

Uit het verhandelde ter zitting in hoger beroep is gebleken dat de gz-psycholoog ook in de hiervoor onder 4.3 genoemde periodes intervisie volgde. Desgevraagd heeft zij verklaard haar behandelrelatie en persoonlijke relatie met patiënte aldaar niet aan de orde te hebben gesteld.

4.5 Voorts is tijdens de behandeling in hoger beroep gebleken dat de gz-psycholoog zich, na het overlijden van patiënte, tot klaagster heeft gewend met het verzoek een medaillon, dat zij aan patiënte had geschonken, aan haar terug te geven, dat zij contact is blijven onderhouden met vrienden en familie van patiënte en dat zij naar een nabestaandenbijeenkomst is gegaan van een van de instellingen waar patiënte behandeld was. De gz-psycholoog heeft aldus andermaal een niet-professionele houding aangenomen, haar persoonlijke motieven daarbij (opnieuw) zwaarder laten wegen en op geen enkele wijze rekening gehouden met de gevoelens van de nabestaanden.

Het Centraal Tuchtcollege rekent de gz-psycholoog dit zwaar aan.

4.6 De gz-psycholoog heeft in hoger beroep een opsomming gegeven, deels met bescheiden gestaafd, van de maatregelen die zij heeft genomen naar aanleiding van het onderzoek door de IGZ en de procedure bij het College van Toezicht van het NIP. Het Centraal Tuchtcollege leidt hieruit weliswaar af dat de gz-psycholoog voortvarend heeft gehandeld en handelt om zowel haar eigen kennis en kunde als haar praktijk op peil te brengen en verder te verbeteren, maar heeft er onvoldoende vertrouwen in dat dit zal leiden tot een blijvende en voldoende verbetering in de werkwijze en praktijkvoering van de gz-psycholoog in de toekomst, ook nadat de diverse vormen van begeleiding en het verscherpte toezicht zijn geëindigd. Daaraan doet niet af dat de gz-psycholoog heeft verklaard dat zij ook in de toekomst supervisie en intervisie zal blijven volgen, temeer nu de gz-psycholoog zelf kan bepalen wat zij daar bespreekt en in het verleden haar normoverschrijdend gedrag niet naarvoren heeft gebracht. Het Centraal Tuchtcollege heeft er onvoldoende vertrouwen in dat daarmee geborgd is dat de gz-psycholoog zichzelf kan behoeden om andermaal in een situatie, zoals die met patiënte bestond, terecht te komen, dit tijdig te signaleren en een halt toe te roepen.

4.7 Gezien het voorgaande is het Centraal Tuchtcollege met eenparigheid van stemmen van oordeel dat voor de aan de gz-psycholoog te maken verwijten de zwaarste maatregel passend en geboden is. In zoverre zal de bestreden beslissing worden vernietigd.

4.8 Om redenen aan het algemeen belang ontleend gelast het Centraal Tuchtcollege publicatie van deze beslissing.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:
verwerpt het beroep;

vernietigt de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege van 13 december 2012 voor zover betreffende de opgelegde maatregel van schorsing van de inschrijving van gz-psycholoog gedurende een jaar en opnieuw rechtdoende: legt de gz-psycholoog de maatregel van doorhaling van de inschrijving in het register 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 en De Psycholoog en de Gezondheidspsychologie met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.D.R.M. Boumans, voorzitter, mr. drs. R. Prakke-Nieuwenhuizen en mr. J.M.T. van der Hoeven-Oud, leden-juristen en

drs. R.M.H. Schmitz en dr. G.M. van der Aalsvoort, leden-beroepsgenoten en mr. M.W. van Beek, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 13 februari 2014.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.